Vorab ohne Anlagen per Fax: 0721 - 9101- 382

Bundesverfassungsgericht

Schlossbezirk 3

76131 Karlsruhe

Dezember 2020

„Nicht die Lockerungen
sind angesichts der Grundrechte rechtfertigungsbedürftig,
sondern die Aufrechterhaltung der Maßnahmen.“
– Hans-Jürgen Papier –[1]

Verfassungsbeschwerde

des ###

gegen

Bundesnormen

1. §§ 5, 5a und 28 bis 32 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1385) geändert worden ist („a.F.“)

[1] https://www.moz.de/nachrichten/politik/corona-einschraenkungen-ex-verfassungsrichter-hans-juergen-papier-sorgt-sich-um-grundrechte-49140868.html vom 18. Mai 2020 (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

2. §§ 5, 5a und 28 bis 32 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch das dritte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist („n.F.“).

Normen des Bundeslandes Brandenburg

3. Verordnung über befristete Eindämmungsmaßnahmen aufgrund des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 im Land Brandenburg (SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung - SARS-CoV-2-EindV) vom 30. Oktober 2020 (Brandenburg GVBl. II/20, [Nr. 103])

   – im Folgenden: SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.10.2020 –

4. Zweite Verordnung über befristete Eindämmungsmaßnahmen aufgrund des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 im Land Brandenburg (Zweite SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung - 2. SARS-CoV-2-EindV) vom 30. November 2020 (GVBl. II/20, [Nr. 110])

   – im Folgenden: SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.11.2020 –

5. Verordnung zu Quarantänemaßnahmen für Ein- und Rückreisende zur Bekämpfung des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 in Brandenburg (SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung - SARS-CoV-2-QuarV) vom 4. November 2020 (GVBl. II/20, [Nr. 104]), geändert durch Verordnung vom 13. November 2020 (GVBl. II/20, [Nr. 105])

   – im Folgenden: SARS-CoV-2- QuarVO Brandenburg 13.11.2020 –

Normen des Bundeslandes Berlin

6. Zwölfte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung vom 17. November 2020 (Berlin GVOBl. S. 886)

   – im Folgenden: SARS-CoV-2-VO Berlin 17.11.2020 –

7. Dreizehnte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung vom 26. November 2020 (Berlin GVOBl. S. 922)

   – im Folgenden: SARS-CoV-2-VO Berlin 26.11.2020 –

Handeln der Bundeskanzlerin und der 16 Ministerpräsidenten

8. Bund-Länder-Konferenzen der Bundeskanzlerin mit den Ministerpräsidenten der Bundesländer betreffend den Umgang mit SARS-CoV-2 (zuletzt am 2. Dezember 2020)

verletzte Grundrechte

1. Allgemeine Handlungsfreiheit, Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG

2. Allgemeines Persönlichkeitsrecht und Recht auf informationelle Selbstbestimmung, Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG

3. Recht auf Leben und Recht auf körperliche Unversehrtheit, Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG

4. Freiheit der Person, Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG, auch i.V.m. Art. 104 Abs. 1, Abs. 2 GG

5. Schutz der Familie, Art. 6 Abs. 1 GG

6. Menschenwürde, Art. 1 Abs. 1 GG

im Übrigen verletzte Grundrechte ohne hier geltend gemachte Betroffenheit oder ohne persönliche Betroffenheit

7. Religionsfreiheit, Art. 4 GG

8. Kunstfreiheit, Art. 5 Abs. 3 GG

9. Versammlungsfreiheit, Art. 8 GG

10. Freizügigkeit, Art. 11 GG

11. Berufsfreiheit, Art. 12 GG

12. Unverletzlichkeit der Wohnung, Art. 13 GG

13. Eigentumsfreiheit, Art. 14 Abs. 1 GG[2]

14. Recht auf Asyl, Art. 16a GG

zu erwartende weitere zukünftig verletzte Grundrechte

15. Eigentumsfreiheit, Art. 14 Abs. 1 GG (massive Steuererhöhungen, Vermögensabgabe, drohende Enteignungen, etc. zur Finanzierung der Krise)[3]

* * *

[2] Prof. Dr. Hans-Werner Sinn führt in einem Interview mit der Neuen Zürcher Zeitung, online veröffentlicht am 3.12.2020, hinsichtlich der Inflationsgefahr auf Grund der coronakrisenbedingten Ausweitung der Geldmenge in diesem Kontext aus:

„[…] Die Europäische Zentralbank hat die bereits sehr hohe Geldmenge M 0 vom Jahresbeginn bis zum November um 1,4 Billionen Euro auf 4,6 Billionen Euro aufgebläht. Dieser Zuwachs ist wesentlich mehr als die knapp 900 Milliarden Euro, die kurz vor der Lehman-Krise des Jahres 2008 insgesamt als Schmiermittel für die Euro-Zone ausgereicht hatten […]. Bis zum Sommer nächsten Jahres wird die EZB insgesamt über 3 Billionen Euro an Papieren öffentlicher Institutionen mit frisch gedrucktem Geld gekauft haben. Diese Papiere kann sie nicht wieder in den Markt zurückgeben, denn dann würden ihre Kurse purzeln und die Zinsen, die die Staaten zu bezahlen haben, in den Himmel gehen. All die Blasen, die in den Bilanzen der Banken aufgebaut wurden, die ähnliche Papiere in den Büchern halten, würden dann platzen. Das Resultat wäre ein riesiges Bankensterben. Umgekehrt würde das dann entstandene höhere Zinsniveau den überschuldeten Staaten der Euro-Zone bei ihrer Finanzierung Schwierigkeiten bringen. Mit anderen Worten: Es gibt keinen Rückwärtsgang, wir kommen von dieser Schiene kaum mehr herunter. Wir laufen in ein Dauerregime mit extrem niedrigen Zinsen hinein, das sich eines Tages inflationär zu entladen droht. Wenn das passiert, ist hier der Teufel los.“

https://www.nzz.ch/finanzen/hans-werner-sinn-im-interview-ueber-corona-inflation-und-den-euro-ld.1589720 (zuletzt abgerufen am 13.12.2020).

[3] Vgl. hierzu wissenschaftlicher Dienst des Bundestages, Verfassungsmäßigkeit einer Vermögensabgabe zur Bekämpfung der wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie, WD 4 - 3000 - 041/20, 9. April 2020,

https://www.bundestag.de/resource/blob/691376/2feb28d7057bf918bd18254ab06d95ad/WD-4-041-20-pdf-data.pdf (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

Im Rahmen der Verfassungsbeschwerde stelle ich folgende Anträge:

1. Die §§ 5, 5a und §§ 28 bis 32 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch das dritte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist („n.F.“) sind mit dem Grundgesetz unvereinbar und nichtig.

2. Die Zweite Verordnung über befristete Eindämmungsmaßnahmen aufgrund des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 im Land Brandenburg (Zweite SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung - 2. SARS-CoV-2-EindV) vom 30. November 2020 (GVBl. II/20, [Nr. 110]) ist mit dem Grundgesetz unvereinbar und nichtig.

3. Die Verordnung zu Quarantänemaßnahmen für Ein- und Rückreisende zur Bekämpfung des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 in Brandenburg (SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung - SARS-CoV-2-QuarV) vom 4. November 2020 (GVBl. II/20, [Nr. 104]), geändert durch Verordnung vom 13. November 2020 (GVBl. II/20, [Nr. 105]) ist mit dem Grundgesetz unvereinbar und nichtig.

4. Die Dreizehnte Berliner Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung vom 26. November 2020 (Berlin GVOBl. S. 922) ist mit dem Grundgesetz unvereinbar und nichtig.

5. Soweit zum Zeitpunkt der Entscheidung die vorgenannten Normen oder Verordnungen nicht mehr in Kraft sind, wird beantragt, festzustellen, dass sie mit dem Grundgesetz nicht vereinbar waren, konkret:

6. Es wird festgestellt, dass die §§ 5, 5a und §§ 28 bis 32 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1385) geändert worden ist („a.F.“) mit dem Grundgesetz nicht vereinbar waren.

7. Es wird festgestellt, dass die Verordnung über befristete Eindämmungsmaßnahmen aufgrund des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 im Land Brandenburg (SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung - SARS-CoV-2-EindV) vom 30. Oktober 2020 (Brandenburg GVBl. II/20, [Nr. 103]) mit dem Grundgesetz nicht vereinbar war.

8. Es wird festgestellt, dass die Zwölfte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung vom 17. November 2020 (Berlin GVOBl. S. 886) mit dem Grundgesetz nicht vereinbar war.

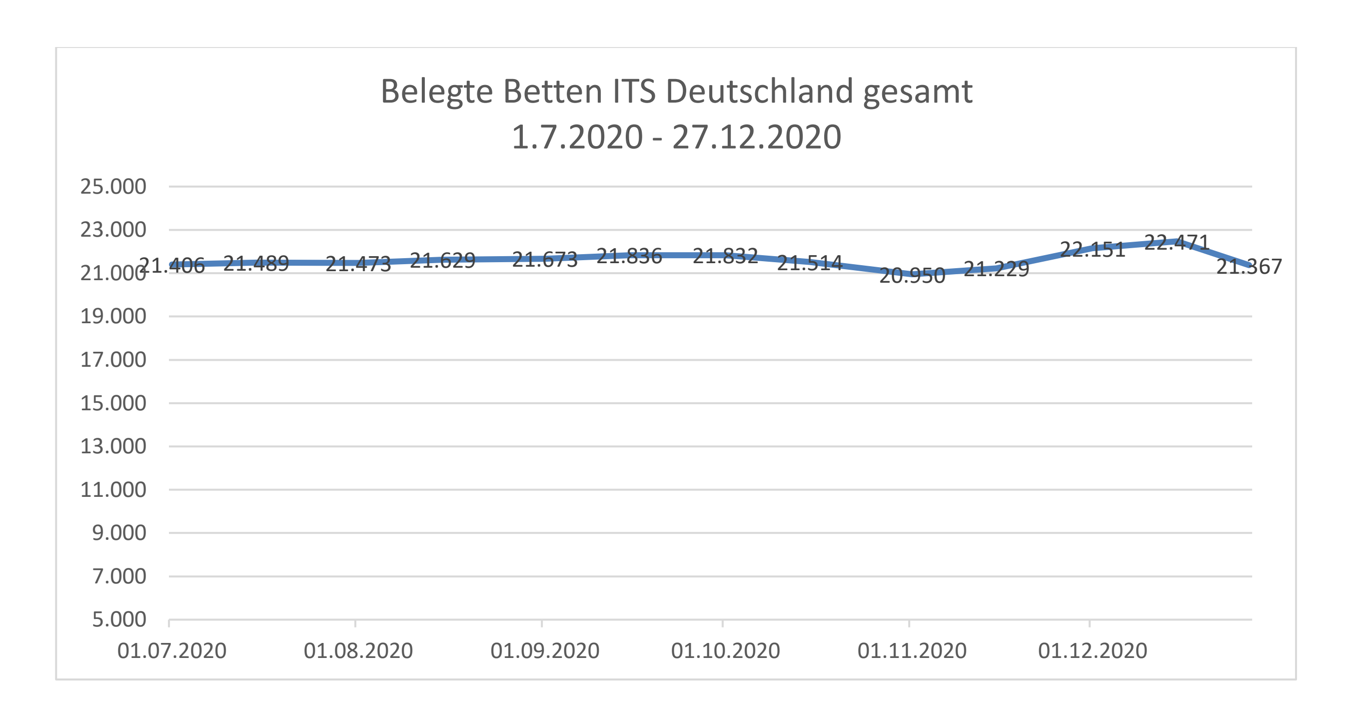
   Letztlich:

9. Es wird festgestellt, dass die sogenannten Bund-Länder-Konferenzen der Bundeskanzlerin mit den Ministerpräsidenten der Bundesländer betreffend den Umgang mit SARS-CoV-2 (zuletzt am 13. Dezember 2020) mit dem Grundgesetz nicht vereinbar waren und nicht vereinbar sind.

Gliederung

Begründung

SACHVERHALT UND EINFÜHRUNG



Quelle: https://www.divi.de/register/tagesreport (Daten verarbeitet bis zum 27.12.2020)

Zu Beginn des Jahres 2020 breitete sich das sogenannte „Coronavirus“ SARS-CoV-2 und die hierdurch verursachte Krankheit COVID-19 pandemisch aus.

Mit dem Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) hat die Bundesrepublik Deutschland als Gesetzgeber erste Maßnahmen getroffen, um zum einen das Funktionieren des Gesundheitswesens in einer die gesamte Bundesrepublik betreffenden epidemischen Lage sicherzustellen und zum anderen die mit dieser besonderen Situation verbundenen negativen finanziellen Folgewirkungen abzumildern. Hierzu wurde insbesondere das Infektionsschutzgesetz erweitert. Der Deutsche Bundestag hat am 25. März 2020 die epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt (BT-PlPr 19/154, S. 19169C), wodurch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt wurde, durch Anordnung oder Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates verschiedene Maßnahmen zu treffen. Davon hat das BMG seither umfassend Gebrauch gemacht. Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) und dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) wurden die auf Grundlage des ersten Bevölkerungsschutzgesetzes getroffenen Regelungen erweitert. Aufbauend hierauf haben die Bundesländer durch ihre Landesgesundheitsministerien oder Regierungen weitreichende Verordnungen erlassen, die das gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben seit dem Frühjahr 2020 maßgeblich bestimmen und einschränken. Ergänzend hierzu haben die Kreise und Gemeinden umfangreiche Allgemeinverfügungen erlassen. Dieser Sachverhalt darf als bekannt vorausgesetzt werden.

Ziel der Maßnahmen ist der Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit der Bevölkerung. Indes sind die Normgeber und Verordnungsgeber zu Beginn der Maßnahmen von einer exorbitant höheren Gefahr durch das Virus ausgegangen, als sie sich im Laufe des Jahres bis zum heutigen Tage wissenschaftlich bestätigt hat. Die Fallsterblichkeitsrate beträgt lediglich etwa ein Sechsundzwanzigstel (sic!) des ursprünglich Angenommenen. Die Schärfe der Maßnahmen ist daher zu korrigieren. Zudem wurden die Parlamente nicht in der durch die Verfassung vorgegebenen Form beteiligt, sodass der Parlamentsvorbehalt umgangen wurde. Es hat sich ein Regieren durch umfangreiche und tief in Grundrechte eingreifende Verordnungen durch die Exekutive etabliert, welches droht, sich zu verselbständigen.[4] Ferner liegt den Gesetzen und Verordnungen eine kurzsichtige und übermäßig einseitige Gewichtung des kurzfristigen Schutzes von Leben und körperlicher Unversehrtheit zugrunde, bei dem der mittel- und langfristige Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit aus dem Blick geraten ist. Zudem wird unter Verstoß gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz massiv in eine Vielzahl anderer Grundrechte eingegriffen. Die angeordneten

[4] Sehr besorgt und kritisch zu dieser Entwicklung ausführlich und instruktiv u.a. Heinig/Kingreen/Lepsius/Möllers/Volkmann/Wißmann, Why Constitution Matters – Verfassungsrechtswissenschaft in Zeiten der Corona-Krise, JZ 2020, 861; s. auch Kingreen, Das Studium des Verfassungsrechts in der Pandemie, Jura 2020, 1019.

Maßnahmen sind in ihrer Wirksamkeit oft nicht hinreichend belegt. Die gesetzgeberische Einschätzungsprärogative ist oftmals überschritten, da die unklare Tatsachengrundlage im Laufe des Jahres 2020 einem erheblichen Zugewinn an wissenschaftlichen Erkenntnissen gewichen ist, was ein differenzierteres Vorgehen ermöglichen würde. Dieses bietet einerseits hinreichend Schutz, wo er benötigt wird, und belässt andererseits in erheblichem Umfang Freiheiten.

Wie auch viele andere Regierungen weltweit, halten der Bund und die Länder unter Ausblendung bedeutsamer neuer Erkenntnisse an ihrem einmal eingeschlagenen Kurs fest und hoffen, die Impfung werde alles richten. Dabei wird verkannt, dass die im Schnellverfahren entwickelten Impfungen selbst ein nicht zu unterschätzendes Gefahrenpotenzial bergen, zumal mit der mRNA-Impfung ein völlig neuer Impfstofftyp eingeführt werden soll, dessen Gefahren – insbesondere dessen Langzeitfolgen – noch nicht ausreichend absehbar sind. Keiner will, dass sich Fälle wie mit dem Schmerzmittel Contergan wiederholen.

Es ist höchste Zeit, das angstgetriebene Handeln der Gesetz- und Verordnungsgeber durch ein besonnenes, tatsachen- und evidenzbasiertes Gestalten zu ersetzen. Statt der einfallslosen Methode des zyklischen „Draufhauens auf alles und alle“ (hammer an dance), bei der sich die Variation nahezu erschöpft in „Lockdown light“ und „Lockdown hart“, sollten durch differenziertes Vorgehen einerseits die vulnerablen Gruppen wirkungsvoll(!) geschützt und andererseits den Menschen grundrechtlich verbriefte Freiheiten in erheblichem Umfang wiedergewährt werden.

Ich bitte Sie, sehr geehrte Kollegen, sich dieser Verfassungsbeschwerde unvoreingenommen anzunehmen und sich auf meine Ausführungen einzulassen. Alle Aussagen, Tatsachen, Belege und Zitate sind sorgfältig recherchiert. Bitte prüfen Sie diese gern nach. Ich möchte einen kleinen Beitrag dazu leisten, die bebenden Säulen unseres Rechtsstaates und unserer freiheitlich demokratischen Rechtsordnung wieder etwas zu stabilisieren und die gesellschaftliche Spaltung zu reduzieren. Das Grundgesetz und die Grundrechte müssen sich gerade in Krisenzeiten bewähren. Die Debatte innerhalb des letzten Jahres hat mich daran zweifeln lassen, dass es den Regierungen und den meisten der großen Medien daran gelegen ist, ergebnisoffen nach Möglichkeiten der Krisenbewältigung zu suchen und sachlich miteinander zu diskutieren. Vielmehr habe ich den Eindruck gewonnen, dass es um die Bestätigung einer bereits gefassten Meinung geht, welche sich stark an derjenigen „in Berlin“ orientiert. Seit Jahren anerkannte hochrangige Wissenschaftler, die eine andere Auffassung vertreten, werden entgegen früherer Praxis nicht mehr in Gesprächsrunden eingeladen. Ihre Stellungnahmen werden kaum noch veröffentlicht. Teilweise werden sie diskreditiert, als „Verschwörungstheoretiker“ etikettiert, ohne sich ihre Argumente überhaupt ernsthaft anzuhören. YouTube als einflussreicher Monopolist löscht mittlerweile in großem Ausmaß Videos und Konten von Journalisten, Publizisten und Wissenschaftlern, welche eine andere Auffassung vertreten, als diejenige der

Weltgesundheitsorganisation.[5] Zensur findet statt. Nicht durch den Staat unmittelbar, allerdings vor seinen Augen, ohne dass er einschreitet. Diese Verengung des Debattenraumes kann fatal sein bei der Suche nach der besten Strategie zur Bewältigung der Krise.

Die Corona-Krise hat ein solches Ausmaß, dass sich bereits jetzt eine Klageflut in Richtung des Bundesverfassungsgerichts ankündigt. Das Gericht wird sich daher ohnehin in absehbarer Zeit mit nahezu sämtlichen hier aufgeworfenen Fragen auseinandersetzen müssen. Die Nichtannahme zur Entscheidung nach § 93a BVerfGG wird zwar in vielen, aber nicht in allen Fällen möglich sein. Warum also nicht dieses Verfahren als „Blaupause" nutzen, zumal die schnelle Beschäftigung hiermit womöglich dazu beiträgt, den bereits in diesen Tagen drohenden erheblichen Schaden von den Menschen in unserem Land abzuwenden?

Vorliegend ist in einem ungewöhnlich großen Umfang auch die Sachverhaltsaufklärung relevant. Wissenschaftsfreiheit und freizügige Spenden wohlhabender Akteure bewirken, dass man für nahezu jede Meinung einen Sachverständigen findet, der diese vertritt. In der gegenwärtigen Krise ist viel Geld im Spiel, weshalb dieser Effekt nicht unterschätzt werden darf. Weil Gerichte in aller Regel dem angehörten Sachverständigen folgen, kann man mit dem gezielten Einbringen eines Sachverständigen die Entscheidung wirkungsvoll beeinflussen. Wahrhaftige Erkenntnis kann aber nur derjenige erlangen, der sich das gesamte wesentliche Meinungsspektrum anhört und sich erst dann ein Urteil bildet. Hielten wir stets an Erkenntnissen fest, die wir für offenkundig unumstößlich erachten, wäre die Erde heute noch eine Scheibe im Zentrum des Universums. Audiatur et altera pars.

Ich bitte Sie, sehr geehrte Kollegen, mit Ihren überlegenen Erkenntnismöglichkeiten möglichst nahe an die Wahrheit zu kommen. Es wäre für unseren Rechtsstaat fatal, wenn sich in zwei oder drei Jahren herausstellte, dass die historisch einmalig einschneidenden Maßnahmen, welche zu einem Umbau der Gesellschaft beigetragen haben werden, doch nicht erforderlich waren und dieser Irrtum bei besonnener Geistesanstrengung hätte vermieden werden können. Auch das Bundesverfassungsgericht als höchste und kontrollierende Instanz wäre beschädigt – zumal bereits diese Verfassungsbeschwerde unter medialer Beobachtung steht.

Auflösung der vorangestellten Grafik: Sie beruht auf den offiziellen Daten des DIVI-Intensivregisters.[6] Seltsamerweise sind dies jene Daten, die für den Beschluss der sogenannten Bund-Länder-Konferenz vom 13. Dezember 2020 herangezogen wurden, um den zweiten harten Lockdown zu begründen. Eine

---

[5] S. z.B. https://www.zdnet.de/88390137/covid-19-youtube-sperrt-zahlreiche-videos-und-konten-von-regierungskritikern/ (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[6] https://www.divi.de/register/tagesreport (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, zuletzt abgerufen am 29.12.2020).

deutschlandweite systemische Überlastung der Intensivstationen und des Gesundheitssystems vermag ich nicht zu erkennen.

Vom 1. Juli 2020 bis zum 27. Dezember 2020 ist die Anzahl der belegten Betten auf deutschen Intensivstationen von 21.406 auf 21.367 Betten **gesunken** (!), mithin um 39 Betten bzw. um 0,18 %. Wie die Grafik zeigt, ist die Belegung der Intensivbetten innerhalb des letzten halben Jahres konstant in einem Korridor von etwa 21.000 – 22.500. Da im Laufe des Jahres auch wieder elektive Operationen vorgenommen wurden, hat sich gezeigt, dass diese keinen übermäßig bedeutsamen Einfluss auf die Belegung der Intensivstationen haben. Die erhebliche Zunahme des Anteils an Covid-19-Patienten hat keine signifikante Auswirkung auf die Anzahl der Gesamtbelegung. Auch der Umstand, dass diese Patienten regelmäßig länger als die sonst durchschnittliche Verweildauer von etwa 3,8 Tagen[7] auf der Intensivstation behandelt werden müssen, ist bereits in der Belegungszahl erfasst. Die offiziellen DIVI-Tagesreporte mit den Rohdaten sind der Verfassungsbeschwerde als Anhang beigefügt, sodass ein Abgleich der Zahlen zur Prüfung möglich ist. Sie lassen sich auch mit wenigen Klicks auf den Seiten des DIVI-Intensivregisters als PDF-Datei downloaden. Im Übrigen wird wegen der Einzelheiten auf die untenstehenden Ausführungen (Teil D.I.3.a)) verwiesen.

[7] Vgl. https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/fact-sheet/details/news/auslastung-der-intensivstationen-zahlen-aus-deutschland-und-europa/ (abgerufen am 29.12.2020).

RECHTLICHE WÜRDIGUNG

Teil A. Annahme zur Entscheidung gemäß § 93a BVerfGG

Die Verfassungsbeschwerde ist zur Entscheidung anzunehmen. Ihr kommt grundsätzliche verfassungsrechtliche Bedeutung zu (I.); darüber hinaus ist die Annahme zur Durchsetzung der in § 90 Abs. 1 BVerfGG genannten Rechte angezeigt (II.).

I. Grundsätzliche verfassungsrechtliche Bedeutung § 93a Abs. 2 lit. a) BVerfGG

Der Verfassungsbeschwerde kommt sowohl bezüglich diverser einzelner entscheidungserheblicher Fragen als auch insgesamt grundsätzliche verfassungsrechtliche Bedeutung gemäß § 93a Abs. 2 lit. a) BVerfGG zu.

Sie wirft diverse verfassungsrechtliche Fragen auf, die sich nicht ohne Weiteres aus dem Grundgesetz beantworten lassen und noch nicht durch die verfassungsgerichtliche Rechtsprechung geklärt sind bzw. die durch veränderte Verhältnisse erneut klärungsbedürftig geworden sind. Es bestehen ernsthafte Zweifel über die Beantwortung der im Folgenden aufgeführten verfassungsrechtlichen Fragen, welche in der Literatur und fachgerichtlichen Rechtsprechung kontrovers diskutiert und unterschiedlich beantwortet werden. An der Klärung dieser Fragen besteht auch ein über den Einzelfall hinausgehendes Interesse, da hiervon die Gesamtbevölkerung von Deutschland betroffen ist. Es ist absehbar, dass sich das Bundesverfassungsgericht bei seiner Entscheidung über die Verfassungsbeschwerde mit diesen Grundsatzfragen befassen muss (zu diesem Prüfungsmaßstab vergleiche grundlegend BVerfG, Beschluss vom 8. Februar 1994 – 1 BvR 1693/92 –, BVerfGE 90, 22, juris Rn. 11).

Die vorgenannten Voraussetzungen treffen auf folgende Fragestellungen zu:

1. Genügt die Formulierung „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ in § 5 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) dem Bestimmtheitsgrundsatz der Verfassung, wenn das Gesetz keine weiteren Auslegungskriterien bereitstellt? (Teil C.III.)

2. Genügt die vorgenannte Formulierung dem Bestimmtheitsgrundsatz der Verfassung durch die ab dem 19. November 2020 eingefügte Legaldefinition (§ 5 Abs. 1 Satz 4 IfSG) (Teil C.III.):

> „Eine epidemische Lage von nationaler Tragweite liegt vor, wenn eine ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik Deutschland besteht, weil (1.) die Weltgesundheitsorganisation eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite ausgerufen hat und die Einschleppung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland droht oder (2.) eine dynamische Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit über mehrere Länder in der Bundesrepublik Deutschland droht oder stattfindet.“

   Insbesondere: Ist ein Verweis auf die Feststellung der Weltgesundheitsorganisation verfassungsrechtlich zulässig? Begibt sich der deutsche Bundesgesetzgeber damit eines Teiles seiner Autonomie?

3. Ist es verfassungsrechtlich zulässig, durch die §§ 5, 5a IfSG (in der Fassung bis zu 18. November 2020 und in der aktuell geltenden Fassung) das Bundesgesundheitsministerium ohne Zustimmung des Bundesrates zum Erlass von Rechtsverordnungen in dem dort vorgesehenen Umfang zu ermächtigen? Liegt darin ein Verstoß gegen das Wesentlichkeitsprinzip, den Parlamentsvorbehalt und Art. 80 GG? (Teil C.III.)

4. Ist es verfassungsgemäß, die Landesregierungen der Bundesländer in den blankettartig ausgestalteten §§ 28-32 IfSG (in der Fassung bis zum 18. November 2020) zum Erlass von Rechtsverordnungen zu ermächtigen und sie darüber hinaus zu ermächtigen, diese Befugnis auch auf andere Stellen zu übertragen (§ 32 IfSG)? Liegt darin ein Verstoß gegen das Wesentlichkeitsprinzip, den Parlamentsvorbehalt und Art. 80 GG? (Teil D.VII.)

5. Ist es – spiegelbildlich betrachtet für die Landesregierungen – verfassungsgemäß, von den vorgenannten Ermächtigungen in den §§ 28-32 IfSG in dem Ausmaß Gebrauch zu machen, wie es in dem Zeitraum von März bis Dezember 2020 der Fall war und auch in den nächsten Monaten zu erwarten ist? Liegt darin ein Verstoß gegen das Wesentlichkeitsprinzip, den Parlamentsvorbehalt und Art. 80 GG? (Teil D.VII.)

6. Handelt der Bundesgesetzgeber verfassungsgemäß, wenn er einen derartigen exzessiven Gebrauch dieser Blankettvorschriften durch die Bundesländer duldet, ohne die Vorschriften wesentlich einzuschränken? Liegt darin ein Verstoß gegen das Wesentlichkeitsprinzip, den Parlamentsvorbehalt und Art. 80 GG? (Teil D.VII.)

7. Wie sind die drei vorgenannten Fragen nach dem Einfügen des neuen § 28a IfSG zu beantworten? (Teil D.VII.)

8. Kann eine einmal verfassungswidrige Landesverordnung durch das Nachschieben einer Rechtsgrundlage ex nunc oder gar ex tunc geheilt werden (§ 28a IfSG)? (Teil D.VII.)

9. Besteht ein Verstoß gegen das Regelungsgefüge des Grundgesetzes in Bezug auf die Notstandsverfassung darin, dass von den vorgenannten Vorschriften durch Rechtsverordnungen des Bundes und der Länder in exzessivem Ausmaß Gebrauch gemacht worden ist und daraus folgend die weit überwiegende Anzahl der Grundrechte in Deutschland dramatisch nunmehr schon seit über neun Monaten eingeschränkt sind? (Teil C.III.)

10. Ist in Anbetracht des Umstandes, dass diese Einschränkungen weitestgehend unmittelbar auf Rechtsverordnungen der Landesgesundheitsministerien beruhen (hier Brandenburg) ein Verstoß gegen den Parlamentsvorbehalt anzunehmen? (Teil D.VII.)

11. Welche Auswirkung auf die Verfassungsgemäßheit hat der Umstand, dass das Ziel, welches mit einem grundrechtseinschränkenden Gesetz angestrebt worden ist, erreicht wurde? Führt diese(r) Zielerreichung/Zweckerreichung/Zweckfortfall zum Erfordernis der Aufhebung des Gesetzes? Wenn ja, wo ist dies dogmatisch zu verorten: beim legitimen Ziel selbst, bei der Geeignetheit, Erforderlichkeit oder Angemessenheit? Ist eine Anlehnung an die Dogmatik zur Zielerreichung bei § 275 BGB möglich? (Teil C.III.)

12. Für den Erlass eines verfassungsgemäßen Gesetzes: Welche Aufklärungspflichten/ Aufklärungsobliegenheiten treffen den Gesetzgeber[8], wenn er das erste Mal mit einer unklaren Tatsachenlage konfrontiert ist, die eine erhebliche Gefahr für die gesamte Bevölkerung begründet und er daher beabsichtigt, erheblich in Grundrechte einzugreifen? (Teil C.III.)

13. Anschlussfrage dazu: Ist der Gesetzgeber gegebenenfalls auch verpflichtet, Studien in Auftrag zu geben, sofern diese noch nicht in ausreichendem Umfang und in ausreichender Qualität vorhanden sind? (Teil C.III.)

14. Anschlussfrage dazu: Ist der Gesetzgeber bei der Aufklärung einer unklaren Tatsachenlage – welche ihn wegen der angenommenen Gefahr zu historisch einmaligen tiefgreifenden Grundrechtseingriffen veranlasst hat, welche weitreichende Folgen für die Gesellschaft nach sich ziehen – gehalten, die unklare Tatsachenlage möglichst durch ein pluralistisch besetztes Gremium von Experten aufzuklären, welches diverse relevante Aspekte einbezieht (beispielsweise medizinische, epidemiologische, psychologische, wirtschaftliche etc.). (Teil C.III.)

---

[8] Gesetzgeber im verwendeten Sinne bedeutet auch Verordnungsgeber sowohl auf Bundesebene als auch auf Länderebene.

15. Anschlussfrage dazu: Ist der Gesetzgeber dabei auch gehalten, innerhalb dieser jeweiligen Fachgebiete nicht nur einige wenige Experten anzuhören, die ein enges Meinungsspektrum vertreten, sondern die Anhörung auf das gesamte wesentliche Meinungsspektrum auszudehnen (audiatur et altera pars)? (Teil C.III.)

16. Anschlussfrage dazu: Muss der Gesetzgeber seine Aufklärungsbemühungen oder/und deren Ergebnisse transparent und gegebenenfalls öffentlich machen? (Teil C.III.)

17. Anschlussfrage dazu: Müssen die Gesetzesmaterialien oder die gegebenenfalls vorhandenen Begründungen von Gesetzen/Verordnungen mindestens in den Grundzügen erkennen lassen, wie der Gesetzgeber zu der von ihm angenommenen Tatsachengrundlage und seiner Bewertung des Gefahrenpotenzials gekommen ist? (Teil C.III.)

18. Anschlussfrage dazu: Müssen die Gesetzesmaterialien oder die gegebenenfalls vorhandenen Begründungen von Gesetzen/Verordnungen mindestens in den Grundzügen erkennen lassen, welche Abwägung er betreffend die Einschränkungen und den Ausgleich der einzelnen Grundrechte vorgenommen hat? (Teil C.III.)

19. Anschlussfrage dazu: Welche verfassungsrechtlichen Maßstäbe gelten, wenn bei unklarer Tatsachenlage der Gesetzgeber eine solche Vielzahl von Maßnahmen ergreift, dass die Gesamtbevölkerung in der weit überwiegenden Mehrheit der vorhandenen Grundrechte teils divergierend betroffen ist? (Teil C.III. und Teil D.VII.)

20. Anschlussfrage dazu: Sind die Länder bei dem Erlass von Gesetzen und Verordnungen aus Verfassungsgründen gehalten, selbst eine Sachaufklärung zu betreiben oder genügt es, wenn sie sich – mitunter auch ohne nähere Begründung – auf die Erkenntnisse des Bundes berufen, dessen maßgebliche Erkenntnisquelle nach § 4 IfSG das Robert Koch-Institut ist. (Teil C.III. und Teil D.VII.)

21. Stellt eine grundlegende Gefahrenfehleinschätzung bei Erlass eines Gesetzes eine Überschreitung der gesetzgeberischen Einschätzungsprärogative dar? (Teil C.III. und Teil D.VII.)

22. Anschlussfrage dazu: Ändert sich im Nachhinein die wissenschaftlich anerkannte Tatsachengrundlage, ist der Gesetzgeber dann verfassungsrechtlich gehalten, die einschränkenden Regelungen auf das verfassungsrechtlich zulässige Maß zu korrigieren? (Teil C.III. und Teil D.VII.)

23. Inwieweit hat das schuldhafte Versäumnis des Bundesgesetzgebers und Bundesverordnungsgebers sowie der Landesverordnungsgeber – hier in Form von Untätigkeit seit dem 3. Januar 2013 im Hinblick auf das bereits damals als wahrscheinlich eintretendes, detailliert beschriebenes Szenario einer Pandemie mit dem Virus „Modi-SARS“, wie sie sich derzeit ereignet – Einfluss auf das Maß seiner

gesetzgeberischen Einschätzungsprärogative und seines gesetzgeberischen Ermessens? (Teil C.III. und Teil D.VII.)

24. Kann die Kumulation vielfacher gleichzeitiger Grundrechtseingriffe eine Verfassungswidrigkeit bewirken, die bei isolierter Betrachtung jedes einzelnen Eingriffs für sich nicht anzunehmen wäre? (Teil C.III. und Teil D.VII.)

25. Sind die seit März 2020 stattfindenden sogenannten Bund-Länder-Konferenzen verfassungsgemäß, bei denen regelmäßig auch die Bundeskanzlerin eine Beschlussvorlage einbringt und die regelmäßig mit einem Beschluss dieser Konferenz enden, der maßgeblichen Einfluss auf die im Anschluss erlassenen Corona-Verordnungen der Länder hat? Führen derartige Konferenzen jedenfalls dann zur Verfassungswidrigkeit der betreffenden Landesverordnungen, wenn die einzelnen Regelungen der betreffenden Landesverordnungen auf den Beschlüssen der Konferenzen beruhen, welche wiederum beeinflusst durch die Bundesregierung oder andere Ministerpräsidenten sind? (Teil D.VII. und Teil E.)

26. Für den Fall, dass die Geltungsdauern von Gesetzen und Verordnungen, welche die Grundrechte massiv einschränken, regelmäßig nur etwa einen Monat betragen, nach Ablauf dieser Zeit eine neue Verordnung erlassen wird, die (ggf. in weitem Umfang identische und im Übrigen) sehr ähnliche Regelungen enthält, die aber mitunter umformuliert sind oder sich an anderer Stelle finden, und diese Praxis mittlerweile seit etwa neun Monaten praktiziert wird und es sich abzeichnet, dass dies für weitere diverse Monate folgen wird: Ist es für das Bundesverfassungsgericht möglich, eine Art Surrogation der als verfassungswidrig gerügten Norm/Verordnung oder des/der als verfassungswidrig gerügten Gesetzes/Verordnung vorzunehmen und statt der bei Einreichen der Verfassungsbeschwerde gerügten Norm/Verordnung diejenige Norm/Verordnung zu prüfen und gegebenenfalls für verfassungswidrig zu erklären, die an die ursprüngliche Stelle getreten ist?

27. Ist es für den Beschwerdeführer im vorgenannten Fall möglich, einseitig eine „Klageänderung“ vorzunehmen?

28. Ist es im vorgenannten Fall aus Gründen des effektiven Rechtsschutzes gemäß Art. 19 Abs. 4 GG angezeigt, eine Fortsetzungsfeststellungsentscheidung zu treffen?

Wegen der Einzelheiten wird auf die Ausführungen unter Teil C ff. verwiesen.

Diese Fragestellungen sind derart miteinander verwoben und durchziehen die gesamte Beschwerde, dass sie nicht voneinander getrennt werden können. Die Verfassungsbeschwerde ist daher insgesamt zur Entscheidung zuzulassen.

II. Zur Durchsetzung der in § 90 Abs. 1 BVerfGG genannten Rechte angezeigt, § 93a Abs. 2 lit. b) BVerfGG

Gemessen an der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist die Verfassungsbeschwerde auch zur Durchsetzung der in § 90 Abs. 1 BVerfGG genannten Rechte angezeigt. Die geltend gemachten Verletzungen von Grundrechten und grundrechtsgleichen Rechten haben sowohl einzeln als auch in ihrer Gesamtheit besonderes Gewicht und betreffen mich in existenzieller Weise:[9]

Besonders gewichtig ist eine Grundrechtsverletzung, die auf eine generelle Vernachlässigung von Grundrechten hindeutet oder wegen ihrer Wirkung geeignet ist, von der Ausübung von Grundrechten abzuhalten. Eine geltend gemachte Verletzung hat ferner dann besonderes Gewicht, wenn sie auf einer groben Verkennung des durch ein Grundrecht gewährten Schutzes oder einem geradezu leichtfertigen Umgang mit grundrechtlich geschützten Positionen beruht oder rechtsstaatliche Grundsätze krass verletzt. Eine existenzielle Betroffenheit des Beschwerdeführers kann sich vor allem aus dem Gegenstand der angegriffenen Entscheidung oder seiner aus ihr folgenden Belastung ergeben.[10]

Diese alternativen Voraussetzungen sind erfüllt. Im Einzelnen:

1. Die Grundrechtsverletzungen deuten auf eine generelle Vernachlässigung von Grundrechten hin. Bei der Gewichtung der im Rahmen der Bewältigung der Corona-Pandemie teils in gegenläufige Richtungen weisenden Grundrechte haben sowohl der Bundesgesetzgeber als auch die Landesgesetzgeber die Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit, welche kurzfristig durch die Maßnahmen geschützt werden sollen, einseitig über die Maßen zulasten anderer Grundrechte gewichtet (insbesondere: allgemeines Persönlichkeitsrecht, allgemeine Handlungsfreiheit, Recht auf informationelle Selbstbestimmung, Freiheit der Person, Religionsfreiheit, Ehe und Familie, Versammlungsfreiheit, Freizügigkeit, Berufsfreiheit, Freiheit des Eigentums) und dabei deren grundlegende Bedeutung verkannt. Verkannt haben die Normgeber auch den Umstand, dass die Grundrechte, welche sie zu schützen beabsichtigen – nämlich das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit – paradoxerweise massiv durch die verhängten Maßnahmen beeinträchtigt werden, wenn man den Zeitraum mittel- und langfristig betrachtet. Rein bezogen auf die Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit ist es wahrscheinlich, dass die „Therapie“ tödlicher und schädlicher als die „Krankheit“ selbst ist. Eine Abwägung der Vorteile und Nachteile der kurzfristigen Grundrechtssicherung

---

[9] Zu diesen Voraussetzungen vgl. nur BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 24. November 2005 – 2 BvR 448/05 –, juris Rn. 10; BeckOK BVerfGG/Scheffczyk, 9. Ed. 1.7.2020, BVerfGG § 93a Rn. 36 ff.

[10] Vgl. BVerfG a.a.O.

auf Leben und körperliche Unversehrtheit versus langfristige Gewährleistung der beiden Grundrechte hat nicht stattgefunden bzw. der Abwägungsvorgang wurde völlig verfehlt vorgenommen.

2. Die Grundrechtsverletzungen sind wegen ihrer Wirkung geeignet, von der Ausübung von Grundrechten abzuhalten. Dies betrifft insbesondere das allgemeine Persönlichkeitsrecht, die allgemeine Handlungsfreiheit, das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, die Freiheit der Person, die Religionsfreiheit, Ehe und Familie, die Versammlungsfreiheit, die Freizügigkeit, die Berufsfreiheit, die Freiheit des Eigentums, das Recht auf Asyl, aber auch das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Gesetzes- und Verordnungsgeber haben ein bislang ungekanntes Korsett an Geboten und Verboten erlassen, welches nahezu flächendeckend das gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben betrifft, die genannten Grundrechte in weiten Teilen einschränkt und die Grundrechtsinhaber von der Ausübung ihrer Grundrechte zumindest in weiten Teilen abhält. Im Einzelnen wird dazu auf die Ausführungen in Teil C und Teil D verwiesen. Die Normkonformität wird durch Zwang dadurch hergestellt, dass eine Vielzahl von Bußgeldtatbeständen geschaffen wurde, die teilweise einzeln betrachtet, jedenfalls in der Summe, eine die Grundrechtsausübung erdrosselnde Wirkung haben. Der Normalbürger kann es sich schlicht nicht leisten, täglich mehrere Bußgelder in Höhe von mehreren 100 EUR zu zahlen. Die Regelsätze bei Verstößen betragen je Verstoß zumeist etwa zwischen 50 und 250 EUR, oft auch bis zu 1.000 oder 10.000 EUR, im Höchstsatz bis zu 25.000 EUR. Wegen der Einzelheiten wird auf die untenstehenden Ausführungen verwiesen. Wie mir aus dem persönlichen Umfeld bekannt ist, werden diese Bußgelder auch tatsächlich verhangen und nicht nur angedroht.

3. Die geltend gemachten Verletzungen beruhen auf einer krassen Verletzung rechtsstaatlicher Grundsätze. Dies gilt insbesondere für die Verletzung des Parlamentsvorbehalts und des Wesentlichkeitsgrundsatzes im Rahmen des Art. 80 GG. Die Masse der Normen, welche die Grundrechtseinschränkungen bewirken, haben Verordnungscharakter, sind also nicht durch das Parlament als demokratisch legitimiertes Organ erlassen worden. Wegen der Einzelheiten wird auf die untenstehenden Ausführungen in Teil C und Teil D verwiesen.

4. Letztlich ergibt sich für mich auch eine existenzielle Betroffenheit aus der Vielzahl und Intensität der kumulierten Grundrechtseinschränkungen. Ein normales Leben ist nicht mehr möglich, dies sagt auch die Bundeskanzlerin und der Bundesgesundheitsminister. Die Kumulation der Maßnahmen bedeutet für mich und für viele andere Menschen den Verlust der gesellschaftlichen Existenz, wie wir sie bislang kannten. So ist es mir beispielsweise untersagt, mich mit Freunden oder Familienmitgliedern aus mehr als zwei Haushalten zu treffen, übliche Familien- und Geburtstagsfeiern, demnächst wohl auch die Weihnachtsfeier mit allen Familienmitgliedern, sind nicht möglich. Ich kann nicht mehr in ein Restaurant, eine Bar, eine Kneipe, einen Club, in ein größeres Konzert oder zu einem Fußballspiel gehen. Ich darf nicht mehr mit mehreren Freunden gleichzeitig Sport treiben, insbesondere kein Basketball spielen. Ich muss bei Aufsuchen einer Kantine meine Anwesenheit mit persönlichen Daten dokumentieren. Ich muss in Büroräumen, in der Bahn, auf öffentlichen Plätzen, beim Einkaufen und zu diversen anderen Gelegenheiten eine Maske tragen, die die Kommunikation mit anderen Menschen erheblich behindert und mich beim Atmen beeinträchtigt. Ich laufe Gefahr, bei dem

Verdacht einer Corona-Infektion 14 Tage in häusliche Quarantäne geschickt zu werden, was einer Freiheitsentziehung gleichkommt. Ich würde mich einer derartigen Anordnung auch nicht beugen, wenn ihr – wie gegenwärtig ständige Praxis – lediglich ein positiver PCR-Test zugrunde liegt, weil dieser keine verlässliche Grundlage zur Feststellung einer Infektion darstellt. Daher laufe ich auch Gefahr, zwangsweise in ein geschlossenes Krankenhaus eingewiesen zu werden (§ 30 Abs. 2 IfSG). Dies ist keineswegs nur theoretischer Natur. Denn es wird davon ausgegangen, dass sich ohne Impfung ca. 60-80 % aller Menschen in Deutschland mit dem Virus infizieren, dies mir also mit hoher Wahrscheinlichkeit noch bevorsteht, da ich mich bislang noch nicht infiziert habe und eine Impfung ablehne. Zudem würden mich diese Maßnahmen auch treffen, wenn ich lediglich der Erstkontakt eines positiv Getesteten bin. Allein diese sehr wahrscheinlich drohende Freiheitsentziehung – jedenfalls im Hausarrest, sehr wahrscheinlich im geschlossenen Krankenhaus, mangels anderweitiger Möglichkeiten wahrscheinlich in einer geschlossenen Psychiatrie – bedroht mich existenziell.

Die konsequente Einhaltung der vorgenannten Verhaltensnormen wird – wie bereits ausgeführt – durch massive Bußgelder sichergestellt. Falls ich mich nicht ständig an sämtliche Regeln halte, hat das sowohl für mich als auch für die anderen Grundrechtsträger den wirtschaftlichen Ruin zur Folge. Allein das Nichttragen einer Mund-Nasen-Bedeckung würde mich bei einem Regelsatz von 50-250 EUR in Berlin und Brandenburg jeden Tag durchschnittlich mindestens 300 EUR Bußgeld kosten (angesetzt jeweils ein Bußgeld in Höhe von 150 EUR im Mittelwert bei einer Bahnfahrt zur Arbeit und einer Bahnfahrt nach Hause), was im Monat bei 20 Arbeitstagen 6.000 EUR entspricht. Zudem ist davon auszugehen, dass bei mehrfachen Verstößen mindestens der obere Bereich des Regelsatzes ausgereizt werden dürfte. Mittlerweile stellt es sich sogar so dar, dass ich ohne Maske gar nicht mehr in den Zug hineingelassen würde, weshalb es mir auch nicht möglich wäre, mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zur Arbeit zu gelangen. Die Fahrt mit dem Pkw von ### nach ### ist wegen des Verkehrs extrem zeit- und nervenraubend und daher nur in Ausnahmefällen möglich.

5. Die Verfassungsbeschwerde hat über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung, weil mit der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland von ca. 83 Millionen Menschen eine größere Anzahl von Grundrechtsträgern betroffen ist.

Die Verfassungsbeschwerde hat auch hinreichende Aussicht auf Erfolg, wie die zitierten Rechtsgutachten belegen und im Übrigen durch die Ausführungen gezeigt wird. Hierzu wird auf Teil C ff. verwiesen.

Teil B. Zulässigkeit

Die Verfassungsbeschwerde ist zulässig.

I.

Die gesetzlichen Regelungen sind Akte öffentlicher Gewalt im Sinne des Art. 93 Abs. 1 Nr. 4a GG, § 90 Abs. 1 BVerfGG. Als natürliche Person bin ich beschwerdefähig.

II.

Durch die im Rubrum aufgeführten Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes in seiner alten und in seiner neuen Fassung sowie durch die drei sogenannten Corona-Verordnungen von Brandenburg und zwei Coronaverordnungen von Berlin bin ich selbst, gegenwärtig und unmittelbar in meinen folgenden Grundrechten verletzt: Recht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Var. 1 GG), Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Var. 2 GG), allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG), allgemeines Persönlichkeitsrecht in Form des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG), Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 Satz 2, auch i.V.m. Art. 104 Abs. 2, 3 GG), Schutz der Familie (Art. 6 Abs. 1 GG), Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG). Die Verletzungen werden in der Verfassungsbeschwerde später im Einzelnen ausgeführt; insbesondere wird hierzu auf Teil C und Teil D verwiesen. Zu den Kriterien der Beschwerdebefugnis im Einzelnen:

1. Eigene Betroffenheit

In eigener Person besteht eine Betroffenheit. Die angeführten Gesetze und Verordnungen greifen in meine vorstehend genannten Grundrechte oder grundrechtsgleichen Rechte ein. Wegen der Einzelheiten wird auf die detaillierten Ausführungen in Teil C und Teil D verwiesen.

2. Gegenwärtige Betroffenheit

a) Durch die genannten Gesetze und Verordnungen bin ich auch gegenwärtig in meinen Grundrechten betroffen. Hierzu wird auf die detaillierten Ausführungen in Teil C und Teil D verwiesen.

b) Es ist abzusehen, dass zum Zeitpunkt der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, zumindest die beiden erstgenannten Verordnungen bereits nicht mehr in Kraft sein werden, da sie auf kurzfristige Geltung angelegt sind und gegenwärtig etwa im Vier-Wochen-Rhythmus (vgl. § 28a Abs. 5 Satz 2 IfSG), teilweise in kürzeren Abständen, durch lediglich bestätigende Verordnungen oder geänderte oder neue Verordnungen abgelöst werden. Da es sich hierbei allerdings im Wesentlichen um formale Änderungen handelt, die die Grundrechtseingriffe inhaltlich im Wesentlichen fortsetzen, ist für die Zukunft indes von einer

fortgesetzten gegenwärtigen Betroffenheit in Bezug auf diese geänderten oder neuen Verordnungen auszugehen. Die Rechtsschutzmöglichkeiten des Bürgers würden unterlaufen, wenn der Gesetzgeber sich der Überprüfung seiner Gesetze dadurch entziehen könnte, dass er sie in kurzen Abständen gegen zwar formal neue, aber inhaltlich ebenso belastende, sehr ähnliche oder gar identische Vorschriften ersetzte. Dies muss auch vor dem Hintergrund gelten, dass die kurzfristige Geltungsdauer grundsätzlich aus Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten zu begrüßen ist und daher auch vom Bundesgesetzgeber mit § 28a Abs. 5 Satz 2 IfSG angestrebt wird. Denn nur so ist eine Überprüfung möglich und kann einer erneut drohenden Beeinträchtigung entgegengewirkt werden. Die nächsten Verordnungen werden kommen; ebenso die nächste Pandemie, auch wenn bei letzterer der Zeitpunkt noch ungewiss ist.

Es handelt sich bei dieser Konstellation – der im Wesentlichen konstanten Sachlage bei Änderung der (formellen) Rechtslage – um den umgekehrten Fall zu einer bereits entschiedenen Konstellation: Im hessischen Förderstufenfall, BVerfG, Urteil vom 6. Dezember 1972 – 1 BvR 230/70 – BVerfGE 34, 165, hatten sich die Beschwerdeführer gegen Vorschriften des hessischen Schulpflichtgesetzes gewandt, welche sie zum Zeitpunkt der Einlegung der Verfassungsbeschwerde noch beschwerten; zum Zeitpunkt der Entscheidung waren sie indes aus dem Alter herausgewachsen, welche die gerügten Normen zum Gegenstand hatten. Das Bundesverfassungsgericht hat diesen Umstand am Kriterium des Rechtsschutzbedürfnisses gemessen und dazu Folgendes ausgeführt:

> „[…] im vorliegenden Fall genügt es für das Fortbestehen des Rechtsschutzbedürfnisses, daß die direkte Belastung durch die angefochtene Norm sich auf eine Zeitspanne beschränkt, in welcher der Betroffene nach dem regelmäßigen Geschäftsgang eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts kaum erlangen kann. Würde man in diesen Fällen das Rechtsschutzinteresse verneinen, so würde der Grundrechtsschutz der Beschwerdeführer in unzumutbarer Weise verkürzt (vgl. BVerfGE 9, 89 (93 f.); siehe auch BVerfGE 25, 256 (262) und 33, 247 (257 f.)).“

Für den in seinen Grundrechten Betroffenen kann es keine Rolle spielen, aus welchem Grund nach Einlegung seiner Verfassungsbeschwerde seine ursprüngliche Beschwer in dieser Form entfällt – ob aus für ihn unabwendbaren tatsächlichen Gründen oder aus rechtlichen Gründen. In beiden Fällen hat er das weitere Geschehen nicht mehr in der Hand. Erachtete man aus diesem Grund die Verfassungsbeschwerde für unzulässig, so würde der Grundrechtsschutz in unzumutbarer Weise verkürzt. Wendet man nicht bereits die Grundsätze der Fortsetzungsfeststellungsklage an (dazu weiter unten), so ist daher von einer fortdauernden Betroffenheit und einem fortbestehenden Rechtsschutzbedürfnis auszugehen.

Alternativ zu der rechtstechnischen Möglichkeit, die Betroffenheit auf die Verordnungen bzw. deren Einzelvorschriften zu beziehen, welche die vorangegangenen Verordnungen abgelöst haben, käme zwar auch in Betracht, dem Beschwerdeführer die Möglichkeit einzuräumen, kurz vor Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts eine Klageänderung im Hinblick auf die neuen Vorschriften einzuräumen. Dies

bedürfte allerdings eines Hinweises, wann das Gericht zu entscheiden beabsichtigt. Da die Entscheidung allerdings eine längere Prüfung voraussetzt, welche die genannte Vier-Wochen-Frist überschreiten dürfte, erweist sich dies als wenig praktikabel.

c) Betreffend die Fassungen der Gesetze und Verordnungen, welche zum Zeitpunkt des Erhebens der Verfassungsbeschwerde bereits nicht mehr (in dieser Form) in Kraft sind, aber dennoch erhebliche Grundrechtseingriffe dargestellt haben, sind die Grundsätze der Fortsetzungsfeststellungsklage anzuwenden. Dies betrifft folgende Normen:

– §§ 5, 5a, 28-32 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1385) geändert worden ist („a.F.“),

– Verordnung über befristete Eindämmungsmaßnahmen aufgrund des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 im Land Brandenburg (SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung - SARS-CoV-2-EindV) vom 30. Oktober 2020 (Brandenburg GVBl. II/20, [Nr. 103]),

– Zwölfte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung vom 17. November 2020 (Berlin GVOBl. S. 886).

Zwar kennt das BVerfGG keine dem § 113 Abs. 1 Satz 4 VwGO entsprechende Norm. Das Bundesverfassungsgericht anerkennt dennoch die Fortsetzungsfeststellungsklage:[11]

> „Darüber hinaus ist ein Rechtsschutzinteresse aber auch in Fällen tiefgreifender Grundrechtseingriffe gegeben, in denen die direkte Belastung durch den angegriffenen Hoheitsakt sich nach dem typischen Verfahrensablauf auf eine Zeitspanne beschränkt, in welcher der Betroffene die gerichtliche Entscheidung in der von der Prozeßordnung gegebenen Instanz kaum erlangen kann. Effektiver Grundrechtsschutz gebietet es in diesen Fällen, daß der Betroffene Gelegenheit erhält, die Berechtigung des schwerwiegenden - wenn auch tatsächlich nicht mehr fortwirkenden - Grundrechtseingriffs gerichtlich klären zu lassen. Das Bundesverfassungsgericht geht daher in solchen Fällen bei der Verfassungsbeschwerde in ständiger Rechtsprechung vom Fortbestand eines Rechtsschutzinteresses aus (vgl. BVerfGE 81, 138 <140 f.>).“

Vorliegend ergeben sich die tiefgreifenden Grundrechtseingriffe jedenfalls aus der Kumulation der Vielzahl der erheblichen Grundrechtseingriffe, welche die überwiegende Mehrheit meiner Grundrechte betrifft und sich auf nahezu alle Bereiche meines Lebens auswirken oder ausgewirkt haben. Wegen der Einzelheiten wird auf die Ausführungen in Teil C und Teil D verwiesen. Wie bereits beschrieben, sind die faktischen Einschränkungen im gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben exorbitant hoch. Dieser Umstand

[11] BVerfG, Beschluss vom 30. April 1997 – 2 BvR 817/90 –, BVerfGE 96, 27, juris Rn. 46.

kompensiert das sonst vom Bundesverfassungsgericht als Regelfall benannte Kriterium des Richtervorbehalts.

Auch liegt ein Fall vor, bei dem die direkte Belastung durch den angegriffenen Hoheitsakt sich auf eine Zeitspanne beschränkte, in dem ich die gerichtliche Entscheidung in der von der Prozessordnung gegebenen Instanz kaum erlangen konnte. Die Vielzahl und Komplexität der hier angegriffenen gesetzgeberischen Tätigkeit erforderte zunächst ein aufwändiges Einarbeiten in die Materie. Erst danach konnte ich die Verfassungsbeschwerde ausarbeiten, wobei der Verfahrensgegenstand – wie bereits aus dem Inhaltsverzeichnis deutlich wird – sehr umfangreich ist. Da ich voll berufstätiger Familienvater bin, hat dies naturgemäß in meiner Freizeit nicht unerhebliche Zeit in Anspruch genommen, weshalb die Fertigung die Dauer von einem Monat deutlich überschritten hat. In dieser Zeit hat sich die Rechtslage mehrfach geändert. Es war mir nicht möglich, zuvor fundiert begründet die Verfassungsbeschwerde einzureichen.

3. Unmittelbare Betroffenheit

Die §§ 5, 5a und 28-32 Infektionsschutzgesetz schränken meine Grundrechte unmittelbar ein. Hierzu wird auf die Ausführungen unter Teil C. II. verwiesen. Auch durch die angegriffenen fünf Corona-Verordnungen von Berlin und Brandenburg bin ich in meinen Grundrechten unmittelbar betroffen. Hierzu wird auf die Ausführungen unter Teil D verwiesen. Aus ihnen erwachsen unmittelbar Gebote und Verbote die mich in meinen Grundrechten massiv einschränken. Es ist mir auch nicht zuzumuten, einen weiteren Vollzugsakt, insbesondere die Verhängung eines Bußgeldes im Rahmen eines Ordnungswidrigkeitenverfahrens oder die Einleitung eines Strafverfahrens für den Fall des Nichteinhaltens einer mit Sofortvollzug angeordneten Quarantäne (hierzu Teil D.VI.) abzuwarten. Denn es ist anerkannt, dass es dem Beschwerdeführer nicht zuzumuten ist, gegen eine straf- oder bußgeldbewehrte Rechtsnorm zu verstoßen und sich damit dem Risiko einer Ahndung auszusetzen, um dann im Straf- oder Bußgeldverfahren die Verfassungswidrigkeit der Norm geltend machen zu können (vgl. BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 19. November 2018 – 1 BvR 1335/18 –, juris Rn. 4 m.w.N.). In meiner beruflichen Position wäre dies in besonderem Maße unzumutbar, da ich als Richter ### arbeite. Die diversen Bußgeldverfahren und gegebenenfalls auch Strafverfahren, die ich bei Nichteinhaltung aller zu beachtenden Normen jeden Tag riskieren würde, würden meine ### Glaubwürdigkeit massiv untergraben und womöglich das Ansehen des Berufsstandes beschädigen.

III. Rechtswegerschöpfung und Subsidiarität

Auch unter Beachtung der Kriterien der Rechtswegerschöpfung und der Subsidiarität ist die Verfassungsbeschwerde in vollem Umfang zulässig.

1. Art. 19 Abs. 4 GG vermittelt dem Einzelnen einen substanziellen Anspruch auf effektiven Rechtsschutz, d.h. **<u>auf eine tatsächlich wirksame und möglichst lückenlose, insgesamt wirkungsvolle</u>**

gerichtliche Kontrolle[12] (BVerfGE 8, 274 (326) = NJW 1959, 475; BVerfGE 35, 263 (274) = NJW 1973, 1491; BVerfGE 41, 23 (26) = NJW 1976, 513; BVerfGE 67, 43 (58) = NJW 1984, 2028; BVerfGE 77, 275 (284) = NJW 1988, 1255; BVerfGE 96, 27 (39) = NJW 1997, 2163; BVerfGE 101, 106 (122 f.) = NJW 2000, 1175; BVerfGE 104, 220 (231) = NJW 2002, 2456; BVerfGE 113, 273 (310) = NJW 2005, 2289; BVerfGE 117, 244 = NJW 2007, 1117; BVerfGE 118, 168 (207) = NJW 2007, 2464; BVerfGE 149, 346 Rn. 34 = NVwZ 2018, 1549; ferner etwa BVerfG NVwZ 2003, 856 (857); NJW 2006, 40; NVwZ 2012, 694 (695)). Dieser Anspruch „umfasst den Zugang zu den Gerichten, die Prüfung des Streitbegehrens in einem förmlichen Verfahren sowie die verbindliche gerichtliche Entscheidung" (BVerfGE 107, 395 (401) = NJW 2003, 1924; BVerfGE 113, 273 (310) = NJW 2005, 2289 (vgl. zum Ganzen BeckOK GG/Enders, 44. Ed. 15.8.2020, GG, Art. 19 Rn. 74a).

Wie später noch zu zeigen sein wird (s.u. Teil C.III.1.a)), betreffen die Regelungen eine enorme Vielzahl von Lebensbereichen und eröffnen dem Verordnungsgeber die Möglichkeit, über 1.000 Normen bereits bestehender Gesetze zu ändern oder hiervon abzuweichen und damit gerade auch in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit in einer unübersehbaren Vielzahl von Fällen einzugreifen. Der Verlauf des Jahres 2020 hat gezeigt, dass das Bundesgesundheitsministerium und die Bundesländer hiervon in weitem Umfang Gebrauch gemacht haben, wobei die Verordnungserlasse teilweise in geringeren Abständen als im Wochenrhythmus erfolgten. Das Instrumentarium des Rechtsschutzes in Deutschland ist auf derlei außergewöhnliche Konstellationen indes nicht zugeschnitten; insbesondere das BVerfGG und die VwGO haben als Grundtypus eine einzelne grundrechtsbeschränkende Maßnahme im Blick. Die Menschen in Deutschland – darunter ich – erleben in den vergangenen Monaten immer wieder, nahezu „über Nacht" mit einer Vielzahl von in ihre Rechte eingreifenden Normen konfrontiert zu sein. Zum Stichtag 20. November 2020 sind allein für die Bundesebene 50 erlassene Gesetze und Verordnungen und deren Änderungen betreffend die Pandemie zu verzeichnen.[13] Gerechnet ab Mitte März bis zu diesem Stichtag (rund acht Monate) bedeutet dies, dass im Schnitt alle 4,8 Tage ein(e) neue(s) Gesetz/Verordnung erlassen wurde. Das Land Berlin verzeichnet 32 Gesetze bzw. Verordnungen oder deren Änderungen,[14] was im Schnitt einem Erlass alle 7,5 Tage entspricht. Hinzu kommen noch die zahlreichen Allgemeinverfügungen der Landkreise und Gemeinden, welche auf den Normen des Bundes oder/und der Länder aufbauen.

---

[12] Hervorhebung durch Verfasser.

[13] https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_infolge_der_COVID-19-Pandemie_erlassenen_deutschen_Gesetze_und_Verordnungen#Gesetze (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[14] https://de.wikipedia.org/wiki/SARS-CoV-2-Verordnungen_in_Berlin (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

Auf der Homepage des Bundesgesundheitsministeriums findet sich ein Zitat von Jens Spahn aus einer Rede im Bundestag anlässlich des dritten Bevölkerungsschutzgesetzes, welches die Massivität der Eingriffe beschreibt:[15]

> *„Diese Pandemie ist ein Jahrhundertereignis", eine „Zumutung und eine Bewährungsprobe", erklärte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in der Debatte des Deutschen Bundestages zum Bevölkerungsschutzgesetz. Seit Beginn der Pandemie müssten Prioritäten gesetzt und gewichtet werden - kein Experte könne „uns diese Aufgabe abnehmen, diese Entscheidungen zu treffen". Bundestag und Bundesregierung müssten entscheiden, „welchen Schaden wir wo wie ertragen wollen und ertragen können".*

In einer solchen Situation ist es den Menschen schlichtweg nicht möglich, diese Regelungen alle zu erfassen und hiergegen in der Vielzahl der Fälle jeweils vorzugehen. Durch die bislang ungekannte Aktivität des Gesetzgebers und des Verordnungsgebers ist zum Schutz der Rechtsunterworfenen das Rechtsschutzsystem zur Wahrung der Rechte der Menschen in unserem Land so auszulegen, dass die Rechtsschutzgarantie des Art. 19 Abs. 4 GG gewahrt bleibt und die Menschen effektiv Rechtsschutz nachsuchen zu können. Dabei kann auch nicht darauf verwiesen werden, dass beispielsweise die Oppositionsfraktionen konkrete Normenkontrollen anstrengen könnten. Tun sie das nämlich nicht, wie es lange Zeit der Fall war und auch in weitem Umfang noch ist, sind die Menschen schutzlos. Auch ist den Menschen unter dem Gesichtspunkt der Autonomie und der Eigenwahrnehmung ihrer Rechte eine solche Möglichkeit zuzusprechen.

Sofern daher – wie hier – die Gesetze und Verordnungen insgesamt substantiiert angegriffen werden, ist es zur Wahrung des Grundsatzes effektiven Rechtsschutzes nicht zumutbar, wegen jeder einzelnen Grundrechtsverletzung diverse unterschiedliche Fachgerichte anzurufen, auch wenn hierzu teilweise eine Möglichkeit bestünde. Im Übrigen bedeutet dies auch eine deutliche Entlastung der Justiz, verbunden mit dem schnellen Erreichen einer Rechtsklarheit, da so eine Vielzahl von Instanzverfahren vermieden werden. Das Erfordernis der Rechtswegerschöpfung gilt ohnehin nicht für den Großteil der hier gerügten Normen der sogenannten Corona-Verordnungen der Bundesländer Berlin und Brandenburg (Teil D.), da ein Verstoß hiergegen immer als Ordnungswidrigkeit ausgestaltet und bußgeldbewehrt ist, wie später noch gezeigt wird in erheblichen Höhen, im Regelsatz teils bis zu 10.000 EUR. Auf die untenstehenden Ausführungen (Teil D.) wird Bezug genommen.

---

[15] https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/bevoelkerungsschutzgesetz-1805062 (abgerufen am 20. November 2020).

Ohnehin wäre die Anrufung der Fachgerichte nicht angezeigt, weil der hier zu prüfende Sachverhalt allein spezifisch verfassungsrechtliche Fragen aufwirft, die das Bundesverfassungsgericht letztlich zu beantworten hat, ohne dass von einer vorausgegangenen fachgerichtlichen Prüfung verbesserte Entscheidungsgrundlagen zu erwarten wären (vgl. BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 19. November 2018 – 1 BvR 1335/18 –, juris Rn. 4).

Auch kann nicht auf den vorrangigen fachgerichtlichen Rechtsschutz außerhalb eines Straf- oder Bußgeldverfahrens in Form einer vorbeugenden negativen Feststellungsklage gemäß § 43 Abs. 1 VwGO gegen die individuelle Verbindlichkeit normativer Verbote oder Verpflichtungen verwiesen werden, welche statthaft ist, wenn die Feststellung begehrt wird, dass wegen Ungültigkeit oder Unanwendbarkeit einer Rechtsnorm kein Rechtsverhältnis zu dem anderen Beteiligten begründet ist (vgl. hierzu BVerfG a.a.O, Rn. 5). Der Anwendungsbereich ist ersichtlich nicht eröffnet, da die Normadressaten sämtlicher Maßnahmen der Coronaverordnungen und der sonstigen angegriffenen Normen eindeutig sind und ich eindeutig darunterfalle, da ich auch keine Ausnametatbestände (wie beispielsweise eine Befreiung von der Massenpflicht) geltend machen kann. Im Übrigen wäre ein solcher Weg auch aus den zuvor genannten Gründen des Art. 19 Abs. 4 GG nicht angezeigt.

Diese Erwägungen der Unzumutbarkeit aus den Gründen des Art. 19 Abs. 4 GG gelten letztlich auch für die teilweise vorhandene rechtliche Möglichkeit, eine Normenkontrolle vor dem jeweiligen Oberverwaltungsgericht nach § 47 VwGO anzustrengen. Ohnehin wäre dies für die Rechtsverordnungen des Bundeslandes Berlin ausgeschlossen, da Berlin von der Eröffnungsklausel des § 47 Abs. 1 Nr. 2 VwGO keinen Gebrauch hat.[16]

IV. Die Jahresfrist des § 93 Abs. 3 BVerfGG ist gewahrt.

[16] Vgl. BeckOK VwGO/Giesberts, 55. Ed. 1.10.2020, VwGO § 47 Rn. 24.

Teil C. Verletzung der Grundrechte auf Leben, körperliche Unversehrtheit und der allgemeinen Handlungsfreiheit durch § 5 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 4, 7, 8, 9, 10 sowie § 5a Abs. 2 IfSG (a.F. und n.F.)

I. Verordnungstext

Die Ausführungen beziehen sich sowohl auf die Rechtslage bis zum als auch nach dem 18. November 2020, mithin sowohl vor als auch nach dem Inkrafttreten des dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BGBl. I S. 2397); genauer formuliert gegen die im folgenden aufgeführten Vorschriften sowohl in der alten Fassung (a.F.) als auch in der neuen Fassung (n.F.) des

(1) Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1385) geändert worden ist („a.F.“)

(2) Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch das dritte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist („n.F.“).

Die als verfassungswidrig gerügten beiden Normen, § 5 **a.F.** und § 5a (unverändert) IfSG lauten wie folgt:

> **„§ 5 Epidemische Lage von nationaler Tragweite (a.F.)**
>
> (1) Der Deutsche Bundestag stellt eine epidemische Lage von nationaler Tragweite fest. Der Deutsche Bundestag hebt die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite wieder auf, wenn die Voraussetzungen für ihre Feststellung nicht mehr vorliegen. Die Aufhebung ist im Bundesgesetzblatt bekannt zu machen.
>
> (2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite unbeschadet der Befugnisse der Länder ermächtigt,
>
> […]
>
> 4. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln einschließlich Impfstoffen und Betäubungsmitteln, mit Medizinprodukten, Labordiagnostik, Hilfsmitteln, Gegenständen der persönlichen Schutzausrüstung und Produkten zur Desinfektion sowie zur Sicherstellung der Versorgung mit Wirk-, Ausgangs- und Hilfsstoffen, Materialien, Behältnissen und Verpackungsmaterialien, die zur Herstellung und zum Transport der zuvor genannten Produkte erforderlich sind, zu treffen und insbesondere
> a) Ausnahmen von den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes, des Betäubungsmittelgesetzes, des Apothekengesetzes, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Transfusionsgesetzes sowie der auf ihrer Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen, der medizinprodukterechtlichen Vorschriften und der die persönliche Schutzausrüstung betreffenden Vorschriften zum Arbeitsschutz, die die Herstellung, Kennzeichnung, Zulassung, klinische Prüfung, Anwendung, Verschreibung und Abgabe, Ein- und Ausfuhr, das Verbringen und die Haftung, sowie den Betrieb von Apotheken einschließlich Leitung und Personaleinsatz regeln, zuzulassen,
> b) die zuständigen Behörden zu ermächtigen, im Einzelfall Ausnahmen von den in Buchstabe a genannten Vorschriften zu gestatten, insbesondere Ausnahmen von den Vorschriften zur Herstellung, Kennzeichnung, Anwendung, Verschreibung und Abgabe, zur Ein- und Ausfuhr und zum

Verbringen sowie zum Betrieb von Apotheken einschließlich Leitung und Personaleinsatz zuzulassen,
c) Maßnahmen zum Bezug, zur Beschaffung, Bevorratung, Verteilung und Abgabe solcher Produkte durch den Bund zu treffen sowie Regelungen zu Melde- und Anzeigepflichten vorzusehen,
d) Regelungen zur Sicherstellung und Verwendung der genannten Produkte sowie bei enteignender Wirkung Regelungen über eine angemessene Entschädigung hierfür vorzusehen,
e) ein Verbot, diese Produkte zu verkaufen, sich anderweitig zur Überlassung zu verpflichten oder bereits eingegangene Verpflichtungen zur Überlassung zu erfüllen sowie Regelungen über eine angemessene Entschädigung hierfür vorzusehen,
f) Regelungen zum Vertrieb, zur Abgabe, Preisbildung und -gestaltung, Erstattung sowie Vergütung vorzusehen,
g) Maßnahmen zur Aufrechterhaltung, Umstellung, Eröffnung oder Schließung von Produktionsstätten oder einzelnen Betriebsstätten von Unternehmen, die solche Produkte produzieren sowie Regelungen über eine angemessene Entschädigung hierfür vorzusehen;

[…]

6. die notwendigen Anordnungen
a) zur Durchführung der Maßnahmen nach Nummer 4 Buchstabe a und
b) zur Durchführung der Maßnahmen nach Nummer 4 Buchstabe c bis g
zu treffen; das Bundesministerium für Gesundheit kann eine nachgeordnete Behörde beauftragen, diese Anordnung zu treffen;
7. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in ambulanten Praxen, Apotheken, Krankenhäusern, Laboren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und in sonstigen Gesundheitseinrichtungen in Abweichung von bestehenden gesetzlichen Vorgaben vorzusehen und insbesondere
a) untergesetzliche Richtlinien, Regelungen, Vereinbarungen und Beschlüsse der Selbstverwaltungspartner nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und nach Gesetzen, auf die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch Bezug genommen wird, anzupassen, zu ergänzen oder auszusetzen,
b) abweichend von der Approbationsordnung für Ärzte die Zeitpunkte und die Anforderungen an die Durchführung der einzelnen Abschnitte der Ärztlichen Prüfung und der Eignungs- und Kenntnisprüfung festzulegen und zu regeln, dass Medizinstudierenden infolge einer notwendigen Mitwirkung an der Gesundheitsversorgung keine Nachteile für den Studienfortschritt entstehen,
c) abweichend von der Approbationsordnung für Zahnärzte die Anforderungen an die Durchführung der naturwissenschaftlichen Vorprüfung, der zahnärztlichen Vorprüfung und der zahnärztlichen Prüfung festzulegen und alternative Lehrformate vorzusehen, um die Fortführung des Studiums zu gewährleisten,
d) abweichend von der Approbationsordnung für Apotheker die Zeitpunkte und die Anforderungen an die Durchführung der einzelnen Prüfungsabschnitte der pharmazeutischen Prüfung sowie die Anforderungen an die Durchführung der Famulatur und der praktischen Ausbildung festzulegen und alternative Lehrformate vorzusehen, um die Fortführung des Studiums zu gewährleisten;
8. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Abweichung von bestehenden gesetzlichen Vorgaben vorzusehen und insbesondere
a) bundesgesetzliche oder vertragliche Anforderungen an Pflegeeinrichtungen auszusetzen oder zu ändern,
b) untergesetzliche Richtlinien, Regelungen, Vereinbarungen und Beschlüsse der Selbstverwaltungspartner nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch und nach Gesetzen, auf die im Elften Buch Sozialgesetzbuch Bezug genommen wird, anzupassen, zu ergänzen oder auszusetzen,
c) Aufgaben, die über die Durchführung von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung bei Pflegebedürftigen hinaus regelmäßig von Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Medizinischen Diensten zu erbringen sind, auszusetzen oder einzuschränken;
9. Finanzhilfen gemäß Artikel 104b Absatz 1 des Grundgesetzes für Investitionen der Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände zur technischen Modernisierung der Gesundheitsämter und zum Anschluss dieser an das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 zur Verfügung zu stellen; das Nähere wird durch Verwaltungsvereinbarungen mit den Ländern geregelt;
10. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates unbeschadet des jeweiligen Ausbildungsziels und der Patientensicherheit abweichende Regelungen von den Berufsgesetzen der Gesundheitsfachberufe und den auf deren Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen zu treffen, insbesondere hinsichtlich
a) der Dauer der Ausbildungen,
b) der Nutzung von digitalen Unterrichtsformaten,

c) der Besetzung der Prüfungsausschüsse,
d) der staatlichen Prüfungen und
e) der Durchführung der Eignungs- und Kenntnisprüfungen.

Die Ermächtigung nach Satz 1 Nummer 10 umfasst die folgenden Ausbildungen:

1. zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 58 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes,
2. zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 66 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes,
3. zur Diätassistentin oder zum Diätassistenten nach dem Diätassistentengesetz,
4. zur Ergotherapeutin oder zum Ergotherapeuten nach dem Ergotherapeutengesetz,
5. zur Gesundheits- und Krankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Krankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Pflegeberufegesetzes,
6. zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes,
7. zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufegesetzes,
8. zur Hebamme oder zum Entbindungspfleger nach § 77 Absatz 1 und § 78 des Hebammengesetzes,
9. zur Hebamme nach dem Hebammengesetz,
10. zur Logopädin oder zum Logopäden nach dem Gesetz über den Beruf des Logopäden,
11. zur Masseurin und medizinischen Bademeisterin oder zum Masseur und medizinischen Bademeister nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz,
12. zur Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistentin oder zum Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten nach dem MTA-Gesetz,
13. zur Medizinisch-technischen Radiologieassistentin oder zum Medizinisch-technischen Radiologieassistenten nach dem MTA-Gesetz,
14. zur Medizinisch-technischen Assistentin für Funktionsdiagnostik oder zum Medizinisch-technischen Assistenten für Funktionsdiagnostik nach dem MTA-Gesetz,
15. zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter nach dem Notfallsanitätergesetz,
16. zur Orthoptistin oder zum Orthoptisten nach dem Orthoptistengesetz,
17. zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann nach dem Pflegeberufegesetz,
18. zur pharmazeutisch-technischen Assistentin oder zum pharmazeutisch-technischen Assistenten nach dem Gesetz über den Beruf des pharmazeutisch-technischen Assistenten,
19. zur Physiotherapeutin oder zum Physiotherapeuten nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz,
20. zur Podologin oder zum Podologen nach dem Podologengesetz,
21. zur Veterinärmedizinisch-technischen Assistentin oder zum Veterinärmedizinisch-technischen Assistenten nach dem MTA-Gesetz.

[…]

(4) Eine auf Grund des Absatzes 2 oder § 5a Absatz 2 erlassene Rechtsverordnung tritt mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite außer Kraft, ansonsten spätestens mit Ablauf des 31. März 2021. Abweichend von Satz 1 bleibt eine Übergangsregelung in der Verordnung nach Absatz 2 Nummer 7 Buchstabe b, Buchstabe c oder Buchstabe d bis zum Ablauf der Phase des Studiums in Kraft, für die sie gilt. Abweichend von Satz 1 ist eine Verordnung nach Absatz 2 Nummer 10 auf ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, spätestens auf den Ablauf des 31. März 2022 zu befristen. Nach Absatz 2 getroffene Anordnungen gelten mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite als aufgehoben, ansonsten mit Ablauf des 31. März 2021. Eine Anfechtungsklage gegen Anordnungen nach Absatz 2 hat keine aufschiebende Wirkung.
(5) Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) wird im Rahmen des Absatzes 2 insoweit eingeschränkt.

[…]

§ 5a Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, Verordnungsermächtigung

(1) Im Rahmen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wird die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten folgenden Personen gestattet:

1. Altenpflegerinnen und Altenpflegern,
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern,
3. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern,
4. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern und
5. Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern.

Die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten ist während der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gestattet, wenn

1. die Person auf der Grundlage der in der jeweiligen Ausbildung erworbenen Kompetenzen und ihrer persönlichen Fähigkeiten in der Lage ist, die jeweils erforderliche Maßnahme eigenverantwortlich durchzuführen und
2. der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten nach seiner Art und Schwere eine ärztliche Behandlung im Ausnahmefall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht zwingend erfordert, die jeweils erforderliche Maßnahme aber eine ärztliche Beteiligung voraussetzen würde, weil sie der Heilkunde zuzurechnen ist.

Die durchgeführte Maßnahme ist in angemessener Weise zu dokumentieren. Sie soll unverzüglich der verantwortlichen Ärztin oder dem verantwortlichen Arzt oder einer sonstigen die Patientin oder den Patienten behandelnden Ärztin oder einem behandelnden Arzt mitgeteilt werden.
(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates weiteren Personen mit Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung eines reglementierten Gesundheitsfachberufs während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten nach Absatz 1 Satz 2 zu gestatten.“

Der als verfassungswidrig gerügte § 5 IfSG **n.F.** lautet:

„§ 5 Epidemische Lage von nationaler Tragweite

(1) Der Deutsche Bundestag kann eine epidemische Lage von nationaler Tragweite feststellen, wenn die Voraussetzungen nach Satz 4 vorliegen. Der Deutsche Bundestag hebt die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite wieder auf, wenn die Voraussetzungen nach Satz 4 nicht mehr vorliegen. Die Feststellung und die Aufhebung sind im Bundesgesetzblatt bekannt zu machen. Eine epidemische Lage von nationaler Tragweite liegt vor, wenn eine ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik Deutschland besteht, weil

1. die Weltgesundheitsorganisation eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite ausgerufen hat und die Einschleppung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland droht oder

2. eine dynamische Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit über mehrere Länder in der Bundesrepublik Deutschland droht oder stattfindet.

Solange eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt ist, unterrichtet die Bundesregierung den Deutschen Bundestag regelmäßig mündlich über die Entwicklung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite unbeschadet der Befugnisse der Länder ermächtigt,

1. (weggefallen)

2. (weggefallen)

3. (weggefallen)

4. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln einschließlich Impfstoffen und Betäubungsmitteln, mit Medizinprodukten, Labordiagnostik, Hilfsmitteln, Gegenständen der persönlichen Schutzausrüstung und Produkten zur Desinfektion sowie zur Sicherstellung der Versorgung mit Wirk-, Ausgangs- und Hilfsstoffen, Materialien, Behältnissen und Verpackungsmaterialien, die zur Herstellung und zum Transport der zuvor genannten Produkte erforderlich sind, zu treffen und insbesondere

a) Ausnahmen von den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes, des Betäubungsmittelgesetzes, des Apothekengesetzes, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Transfusionsgesetzes sowie der auf ihrer Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen, der medizinprodukterechtlichen Vorschriften und der die persönliche Schutzausrüstung betreffenden Vorschriften zum Arbeitsschutz, die die

Herstellung, Kennzeichnung, Zulassung, klinische Prüfung, Anwendung, Verschreibung und Abgabe, Ein- und Ausfuhr, das Verbringen und die Haftung, sowie den Betrieb von Apotheken einschließlich Leitung und Personaleinsatz regeln, zuzulassen,

b) die zuständigen Behörden zu ermächtigen, im Einzelfall Ausnahmen von den in Buchstabe a genannten Vorschriften zu gestatten, insbesondere Ausnahmen von den Vorschriften zur Herstellung, Kennzeichnung, Anwendung, Verschreibung und Abgabe, zur Ein- und Ausfuhr und zum Verbringen sowie zum Betrieb von Apotheken einschließlich Leitung und Personaleinsatz zuzulassen,

c) Maßnahmen zum Bezug, zur Beschaffung, Bevorratung, Verteilung und Abgabe solcher Produkte durch den Bund zu treffen sowie Regelungen zu Melde- und Anzeigepflichten vorzusehen,

d) Regelungen zur Sicherstellung und Verwendung der genannten Produkte sowie bei enteignender Wirkung Regelungen über eine angemessene Entschädigung hierfür vorzusehen,

e) ein Verbot, diese Produkte zu verkaufen, sich anderweitig zur Überlassung zu verpflichten oder bereits eingegangene Verpflichtungen zur Überlassung zu erfüllen sowie Regelungen über eine angemessene Entschädigung hierfür vorzusehen,

f) Regelungen zum Vertrieb, zur Abgabe, Preisbildung und -gestaltung, Erstattung sowie Vergütung vorzusehen,

g) Maßnahmen zur Aufrechterhaltung, Umstellung, Eröffnung oder Schließung von Produktionsstätten oder einzelnen Betriebsstätten von Unternehmen, die solche Produkte produzieren sowie Regelungen über eine angemessene Entschädigung hierfür vorzusehen;

[…]

6. die notwendigen Anordnungen

a) zur Durchführung der Maßnahmen nach Nummer 4 Buchstabe a und

b) zur Durchführung der Maßnahmen nach Nummer 4 Buchstabe c bis g zu treffen; das Bundesministerium für Gesundheit kann eine nachgeordnete Behörde beauftragen, diese Anordnung zu treffen;

7. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in ambulanten Praxen, Apotheken, Krankenhäusern, Laboren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und in sonstigen Gesundheitseinrichtungen in Abweichung von bestehenden gesetzlichen Vorgaben vorzusehen und insbesondere

a) untergesetzliche Richtlinien, Regelungen, Vereinbarungen und Beschlüsse der Selbstverwaltungspartner nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und nach Gesetzen, auf die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch Bezug genommen wird, anzupassen, zu ergänzen oder auszusetzen,

b) abweichend von der Approbationsordnung für Ärzte die Zeitpunkte und die Anforderungen an die Durchführung der einzelnen Abschnitte der Ärztlichen Prüfung und der Eignungs- und Kenntnisprüfung festzulegen und zu regeln, dass Medizinstudierenden infolge einer notwendigen Mitwirkung an der Gesundheitsversorgung keine Nachteile für den Studienfortschritt entstehen,

c) abweichend von der Approbationsordnung für Zahnärzte die Anforderungen an die Durchführung der naturwissenschaftlichen Vorprüfung, der zahnärztlichen Vorprüfung und der zahnärztlichen Prüfung festzulegen und alternative Lehrformate vorzusehen, um die Fortführung des Studiums zu gewährleisten,

d) abweichend von der Approbationsordnung für Apotheker die Zeitpunkte und die Anforderungen an die Durchführung der einzelnen Prüfungsabschnitte der pharmazeutischen Prüfung sowie die Anforderungen an die Durchführung der Famulatur und der praktischen Ausbildung festzulegen und alternative Lehrformate vorzusehen, um die Fortführung des Studiums zu gewährleisten;

8. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Abweichung von bestehenden gesetzlichen Vorgaben vorzusehen und insbesondere

a) bundesgesetzliche oder vertragliche Anforderungen an Pflegeeinrichtungen auszusetzen oder zu ändern,

b) untergesetzliche Richtlinien, Regelungen, Vereinbarungen und Beschlüsse der Selbstverwaltungspartner nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch und nach Gesetzen, auf die im Elften Buch Sozialgesetzbuch Bezug genommen wird, anzupassen, zu ergänzen oder auszusetzen,

c) Aufgaben, die über die Durchführung von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung bei Pflegebedürftigen hinaus regelmäßig von Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Medizinischen Diensten zu erbringen sind, auszusetzen oder einzuschränken;

9. Finanzhilfen gemäß Artikel 104b Absatz 1 des Grundgesetzes für Investitionen der Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände zur technischen Modernisierung der Gesundheitsämter und zum Anschluss dieser an das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 sowie zum Aufbau oder zur Aufrechterhaltung von Kernkapazitäten im Sinne der Anlage 1 Teil B der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (BGBl. 2007 II S. 930, 932), auf Flughäfen, in Häfen und bei Landübergängen, soweit dies in die Zuständigkeit der Länder fällt, zur Verfügung zu stellen; das Nähere wird durch Verwaltungsvereinbarungen mit den Ländern geregelt;

10. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates unbeschadet des jeweiligen Ausbildungsziels und der Patientensicherheit abweichende Regelungen von den Berufsgesetzen der Gesundheitsfachberufe und den auf deren Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen zu treffen, insbesondere hinsichtlich

a) der Dauer der Ausbildungen,

b) der Nutzung von digitalen Unterrichtsformaten,

c) der Besetzung der Prüfungsausschüsse,

d) der staatlichen Prüfungen und

e) der Durchführung der Eignungs- und Kenntnisprüfungen.

Die Ermächtigung nach Satz 1 Nummer 10 umfasst die folgenden Ausbildungen:

1. zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 58 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes,

2. zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 66 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes,

3. zur Diätassistentin oder zum Diätassistenten nach dem Diätassistentengesetz,

4. zur Ergotherapeutin oder zum Ergotherapeuten nach dem Ergotherapeutengesetz,

5. zur Gesundheits- und Krankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Krankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Pflegeberufegesetzes,

6. zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes,

7. zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufegesetzes,

8. zur Hebamme oder zum Entbindungspfleger nach § 77 Absatz 1 und § 78 des Hebammengesetzes,

9. zur Hebamme nach dem Hebammengesetz,

10. zur Logopädin oder zum Logopäden nach dem Gesetz über den Beruf des Logopäden,

11. zur Masseurin und medizinischen Bademeisterin oder zum Masseur und medizinischen Bademeister nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz,

12. zur Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistentin oder zum Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten nach dem MTA-Gesetz,

13. zur Medizinisch-technischen Radiologieassistentin oder zum Medizinisch-technischen Radiologieassistenten nach dem MTA-Gesetz,

14. zur Medizinisch-technischen Assistentin für Funktionsdiagnostik oder zum Medizinisch-technischen Assistenten für Funktionsdiagnostik nach dem MTA-Gesetz,

15. zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter nach dem Notfallsanitätergesetz,

16. zur Orthoptistin oder zum Orthoptisten nach dem Orthoptistengesetz,

17. zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann nach dem Pflegeberufegesetz,

18. zur pharmazeutisch-technischen Assistentin oder zum pharmazeutisch-technischen Assistenten nach dem Gesetz über den Beruf des pharmazeutisch-technischen Assistenten,

19. zur Physiotherapeutin oder zum Physiotherapeuten nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz,

20. zur Podologin oder zum Podologen nach dem Podologengesetz,

21. zur Veterinärmedizinisch-technischen Assistentin oder zum Veterinärmedizinisch-technischen Assistenten nach dem MTA-Gesetz.

(3) Anordnungen nach Absatz 2 Nummer 1 und 2 werden im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat und dem Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur getroffen. Rechtsverordnungen nach Absatz 2, insbesondere nach Nummer 3, 4, 7 und 8, bedürfen des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, soweit sie sich auf das Arbeitsrecht oder den Arbeitsschutz beziehen. Rechtsverordnungen nach Absatz 2 Nummer 4 und Anordnungen nach Absatz 2 Nummer 6 ergehen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Rechtsverordnungen nach Absatz 2 Nummer 10 werden im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung erlassen und bedürfen, soweit sie sich auf die Pflegeberufe beziehen, des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei Gefahr im Verzug kann auf das Einvernehmen nach den Sätzen 1 und 2 verzichtet werden.

(4) Eine auf Grund des Absatzes 2 oder § 5a Absatz 2 erlassene Rechtsverordnung tritt mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite außer Kraft, ansonsten spätestens mit Ablauf des 31. März 2021. Abweichend von Satz 1 bleibt eine Übergangsregelung in der Verordnung nach Absatz 2 Nummer 7 Buchstabe b, Buchstabe c oder Buchstabe d bis zum Ablauf der Phase des Studiums in Kraft, für die sie gilt. Abweichend von Satz 1 ist eine Verordnung nach Absatz 2 Nummer 10 auf ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, spätestens auf den Ablauf des 31. März 2022 zu befristen. Nach Absatz 2 getroffene Anordnungen gelten mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite als aufgehoben, ansonsten mit Ablauf des 31. März 2021. Eine Anfechtungsklage gegen Anordnungen nach Absatz 2 hat keine aufschiebende Wirkung.

(5) Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) wird im Rahmen des Absatzes 2 insoweit eingeschränkt."

[…]"

II. Grundrechtseingriffe

1. Schutzbereiche

a) Grundrecht auf Leben, Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Var. 1 GG

Leben i.S.v. Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Var. 1 GG meint zunächst das körperliche Dasein, also die biologisch-physische Existenz (BeckOK GG/Lang, 44. Ed. 15.8.2020, GG Art. 2 Rn. 58).

b) Recht auf körperliche Unversehrtheit, Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Var. 2 GG

Die körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG bedeutet zum einen die Gesundheit im biologisch-physiologischen Bereich (BVerfGE 56, 54 (73 ff.) = NJW 1981, 1655; Dreier/Schulze-Fielitz Art. 2 Abs. 2 Rn. 34); also die Integrität der körperlichen Substanz; zum anderen wird auch die Gesundheit im psychischen Bereich geschützt (vgl. BeckOK GG/Lang, 44. Ed. 15.8.2020, GG Art. 2 Rn. 62).

c) Allgemeine Handlungsfreiheit, Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG

Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG schützt die allgemeine Handlungsfreiheit im umfassenden Sinne (jüngst etwa BVerfG BeckRS 2020, 19650 Rn. 34 zum sog. „Containern"; BVerfG NJW 2008, 3698; BVerfGE 80, 137 (152) = NJW 1994, 1577 (1578)). Erfasst wird also alles menschliche Verhalten, ohne Rücksicht darauf, ob es unter sozialethischen Gesichtspunkten wertvoll ist oder ob es sich lediglich als Ausdruck personaler Willkür darstellt (BVerfGE 90, 145 (171) = NJW 1994, 1577 = JZ 1994, 863 = MDR 1994, 813 = StV 1994, 295; 90, 145 (152) = NJW 1994, 1577 (1578) – Recht auf Rausch, das freilich nach Maßgabe der Schranken des Art. 2 Abs. 1 beschränkbar ist); plastisch Hufen StaatsR II § 14 Rn. 5 „… wegen Art. 2 Abs. 1 GG (ist) grundsätzlich alles erlaubt, was nicht ausdrücklich verboten wurde und nicht grundsätzlich alles verboten, was nicht besonders erlaubt wurde." (vgl. zum Ganzen BeckOK GG/Lang, 44. Ed. 15.8.2020, GG Art. 2 Rn. 3).

2. Eingriffe

Die vorgenannten Regelungen ermächtigen das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates in einem Umfang bislang unvorstellbaren Ausmaßes betreffend diverse Bereiche des Lebens, von Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes (mithin von einem formellen Gesetz) und auf seiner Grundlage erlassener Rechtsverordnungen abzuweichen und darüber hinaus in einer Vielzahl von weiteren Themenbereichen Regelungen zu erlassen. Nur beispielhaft seien einige Konstellationen aufgeführt, in denen in meine Grundrechte (wie auch in die von rund 83 Millionen Menschen Deutschlands) eingegriffen wird (betreffend sowohl a.F. als auch n.F. des § 5 IfSG):

- § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4a IfSG: Zulassung von Ausnahmen von den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes und anderer Gesetze insbesondere von medizinprodukterechtlichen Vorschriften, Zulassung, klinische Prüfung und Haftung. Insbesondere besteht durch ein mögliches Absenken der Produktsicherheit von Arzneimitteln oder Medizinprodukten die Gefahr, dass auch schwerwiegende Nebenwirkungen auftreten, die bei bislang geforderter und bewährter Testung und Zulassung nicht aufgetreten wären. Dies gilt insbesondere für die anstehende Zulassung von Impfstoffen gegen COVID-19, die gegenwärtig entwickelt werden. Dieser Prozess dauert normalerweise 8 bis 17 Jahre (s.u.), was mit Blick auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung, zu der auch ich zähle, gute Gründe hat. Andernfalls wäre das Erfordernis eines derart langen Zulassungsverfahrens unter dem Gesichtspunkt der Berufsfreiheit und allgemeinen Handlungsfreiheit in Zeiten ohne Pandemie über Gebühr eingeschränkt. Bekanntermaßen können Medikamente und Impfungen nicht nur in ihren Nebenwirkungen die Gesundheit schädigen, sondern in manchen Fällen auch zum Tod führen. Das lässt sich bereits den Beipackzetteln entnehmen. Dies mag zwar selten sein, betreffend die Masse der Bevölkerung treten derartige Fälle jedoch durchaus auf und für den Einzelnen ist dies von großer Bedeutung. Durch das Absenken des bisher (zu Recht) bestehenden Schutzstandards wird sowohl in die körperliche Unversehrtheit als auch in das Recht auf Leben eingegriffen. Da auch ich Teil des betroffenen Personenkreises bin, bin auch ich von diesen Risiken bereits jetzt betroffen.

- § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 IfSG: In Abweichung von bestehenden gesetzlichen Vorgaben Erlass von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in ambulanten Praxen, Apotheken, Krankenhäusern u.a., beispielsweise ein Abweichen von der Approbationsordnung für Ärzte, von der Durchführung der ärztlichen Prüfung und der Eignungs- und Kenntnisprüfung (b), Ähnliches gilt für Zahnärzte (c). Diese Norm eröffnet auch die Möglichkeit, durch Rechtsverordnung die Krankenhäuser zu verpflichten, Kontingente für Intensivbetten vorzuhalten, was auf Kosten der sonstigen Behandlungsmöglichkeiten geht. Das durch die Ermächtigung ebenso eröffnete Absenken des Befähigungsgrades von Ärzten und Zahnärzten führt zu einer Verschlechterung ihrer Arbeit am Patienten mit damit verbundener nicht im möglichen Umfang und in möglicher Qualität ausgeschöpfter heilender Tätigkeit. Das hat für die Patienten einen Eingriff in ihre Gesundheit zur Folge. Es werden mehr schädigende Fehler gemacht, die in einigen Fällen auch zum Tod führen. Bei nicht optimaler Versorgung stellt bereits ein deutlich verlangsamter Heilungsverlauf und damit verlängerter Krankheitszeit eine Gesundheitsschädigung dar.

  Das Schaffen von Kapazitäten für Intensivbetten geht notwendigerweise zulasten anderer ärztlicher Versorgung. Dies hat allgemeinbekannt im Frühjahr und Sommer 2020 dazu geführt, dass bereits geplante Operationen abgesagt wurden und neue Operationen nicht durchgeführt wurden – in hunderttausenden Fällen. Auch hierdurch verursachte Todesfälle sind möglich und haben auch stattgefunden, beispielsweise durch nicht oder nicht zeitnah durchgeführte Operationen oder Behandlungen nach Herzinfarkten, Schlaganfällen oder Krebsvorsorgeuntersuchungen.

– § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 10 IfSG: Ermächtigung durch Rechtsverordnung, abweichende Regelungen von den Berufsgesetzen der Gesundheitsfachberufe zu treffen, insbesondere hinsichtlich der Dauer der Ausbildung, der staatlichen Prüfungen und der Durchführung der Eignungs- und Kenntnisprüfungen. Hier gilt das zu Nummer § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 IfSG Gesagte entsprechend. Insbesondere sind davon erfasst: Altenpfleger, Krankenpfleger, Hebammen, Notfallsanitäter und Physiotherapeuten. Abgesehen von den Altenpflegern bin ich auf die Qualität der Arbeit sämtlicher genannter Berufe im Krankheitsfalle oder im Falle eines Unfalls angewiesen.

– § 5a Abs. 2 IfSG: Hier wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates über die in Abs. 1 genannten Personen hinaus (Altenpfleger, Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Pflegefachkräfte) weiteren Personen die Erlaubnis zur Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten zu erteilen. Hier gilt das zu § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 IfSG Gesagte entsprechend.

III. Keine verfassungsmäßige Rechtfertigung

Die Eingriffe sind verfassungsmäßig nicht zu rechtfertigen, da sie weder den formellen noch den materiellen Anforderungen genügen, welche die Verfassung an sie stellt.

1. Formelle Verfassungswidrigkeit: Verstoß gegen Art. 80 GG, den Parlamentsvorbehalt, den Wesentlichkeitsgrundsatz und das Bestimmtheitsgebot

Die Vorschriften verstoßen gegen Art. 80 GG, insbesondere gegen den Parlamentsvorbehalt, der auf dem Wesentlichkeitsgrundsatz beruht. Hierzu gibt es bereits diverse Aufsätze und Gutachten, auch von ordentlichen Professoren öffentlich-rechtlicher Lehrstühle in Deutschland.

a) Gutachten Prof. Dr. Kingreen vom 2. September 2020 für die öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages

Die wohl bekannteste Stellungnahme wurde von Professor Dr. Kingreen verfasst, vom Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht und an der Fakultät für Rechtswissenschaft an der Universität Regensburg. Dieser hat unter anderem für seine öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss

am 9. September 2020 ein Gutachten vom 2. September 2020 erstellt, welches hier auszugsweise zitiert werden soll.[17] Inhaltlich mache ich es mir umfassend zu Eigen:

„[…]

a) Epidemische Lage von nationaler Tragweite, § 5 Abs. 1 S. 1 IfSG

Die Feststellung einer „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Abs. 1 S. 1 IfSG setzt eine systemische Gefahr für die „öffentliche Gesundheit“, d. h. für die Gesundheitsinfrastrukturen und damit für die Versorgung der Bevölkerung voraus. Dafür spricht insbesondere der völkerrechtliche Begriffskontext, dem die Wendung entlehnt ist. Art. 1 der von der Weltgesundheitsorganisation beschossenen Internationalen Gesundheitsvorschriften definiert eine „gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite“ als ein außergewöhnliches Ereignis, das „durch die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit in anderen Staaten darstellt, und möglicherweise eine abgestimmte internationale Reaktion erfordert.“ Bezugspunkt sind also nicht die Gefahren, die dem Einzelnen von einer (Infektions-)Krankheit drohen, sondern die auf den Schutz der Bevölkerung bezogene „öffentliche Gesundheit“.[1] „Öffentliche Gesundheit“ ist also ein kollektives Rechtsgut, das von der individuellen Gesundheit zu unterscheiden ist. Es geht nicht um den Einzelnen, sondern um die Infrastrukturen, die seine Gesundheit schützen. Die „Lage von nationaler Tragweite“ adressiert also systemische Verwerfungen in den Infrastrukturen des Gesundheitswesens.

Die Gefahr für die „öffentliche Gesundheit“ war zum Zeitpunkt des Beschlusses am 25.03.2020 gegeben: Es gab realistische Befürchtungen, dass auch in Deutschland nicht genügend medizinisch geschultes Personal und medizinische Güter zur Verfügung stehen könnten, um die Epidemie zu bewältigen, ohne andere notwendige Gesundheitsleistungen zu vernachlässigen. Es muss zudem nochmals betont werden, dass nach wie vor erhebliche individuelle Gesundheitsgefahren vom Coronavirus ausgehen. Aber derzeit geht auch das RKI nicht von einer systemischen Gefahr aus, die die Infrastrukturen des Gesundheitswesens überfordern könnten.[2] Eine „epidemische Notlage von nationaler Tragweite“ i.S.v. § 5 Abs. 1 IfSG liegt daher derzeit nicht vor.

[17] https://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen#url=L2F1c3NjaHVlc3NlL2ExNC9hbmhvZXJ1bmdlbi83OTU3NjQtNzk1NzY0&mod=mod795762;

https://www.bundestag.de/resource/blob/711094/b9a4cf52e94d8add55525142b5c8bd5c/19_14_0197-2-_Prof-Dr-Kingreen-data.pdf (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[1] Ebenso Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite im Sinne des § 5 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz. Begriffsverständnis und Feststellung durch den Deutschen Bundestag, WD 9-3000-045/20, S. 10. 3

[2] Vgl. den Situationsbericht vom 30.08.2020, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html

Dementsprechend hat der Landtag von Nordrhein-Westfalen die Feststellung der „epidemischen Lage von landesweiter Tragweite“[3] über den 14.06.2020 hinaus nicht verlängert. Die dortige Regelung weist einen wichtigen Unterschied zur hier zu beurteilenden Bundesreglung auf. Der Feststellungsbeschluss tritt nämlich nach dem einschlägigen § 11 Abs. 1 S. 2 IfSBG-NRW nach zwei Monaten außer Kraft, wenn er nicht vom Landtag verlängert wird. Der Landtag muss sich hier also in regelmäßigen Zeitabständen mit der Frage befassen, ob die „epidemische Lage“ noch gegeben ist. Der Feststellungsbeschluss nach § 5 Abs. 1 S. 1 IfSG gilt hingegen grundsätzlich so lange wie seine gesetzlichen Grundlagen. Das führt dazu, dass nicht mehr zeitlich engmaschig geprüft wird, ob sich die tatsächlichen Voraussetzungen geändert haben.

[3] Vgl. § 11 Abs. 1 des Gesetzes zur konsequenten und solidarischen Bewältigung der COVID-19-Pandemie in Nordrhein-Westfalen und zur Anpassung des Landesrechts im Hinblick auf die Auswirkungen einer Pandemie, GV.NRW 2020 Nr. 12b vom 14.04.2020, S. 217b.

b) Aufhebung des Feststellungsbeschlusses, § 5 Abs. 1 S. 2 IfSG

Der Feststellungsbeschluss muss nach § 5 Abs. 1 S. 2 IfSG wieder aufgehoben werden, weil seine tatsächliche Voraussetzung, die Gefährdung der „öffentlichen Gesundheit“, nicht mehr vorliegt.

aa) Verfassungsrechtliche Implikationen

Man könnte nun sagen, dass es sich um einen bloßen Beschluss ohne Gesetzeskraft handelt, den der Bundestag nach politischem Ermessen fällen oder es auch lassen kann. Auch könnte man einwenden, dass die Aufhebung des Beschlusses in einer Zeit steigender Infektionszahlen ein falsches Signal setzt. Das rechtliche Problem besteht aber im Kern darin, dass die Feststellung der „epidemischen Notlage“ ein verfassungsrechtlich hochgradig problematisches Ausnahmerecht auslöst und ihre dauerhafte Aufrechterhaltung den fatalen Anschein eines verfassungsrechtlich nicht vorgesehenen Ausnahmezustands setzt. Zu einer rechtlich erheblichen Frage wird der Antrag auf Aufhebung des Feststellungsbeschlusses also m. a. W. durch die Rechtsfolgen, die er auflöst.

Aufgrund seiner verfassungsrechtlichen Implikationen besteht für den Feststellungsbeschluss nach § 5 Abs. 1 IfSG daher nicht der politische Einschätzungsspielraum, den schlichte Bundestagsbeschlüsse üblicherweise beanspruchen können. Die durch den Feststellungsbeschluss ausgelöste Ermächtigung des Bundesministers

für Gesundheit, nach näherer Maßgabe von § 5 Abs. 2 IfSG in Rechtsverordnungen „Ausnahmen" und „Abweichungen" von nicht näher eingegrenzten Parlamentsgesetzen vorzusehen, ist nämlich verfassungswidrig.

Gemäß Art. 80 Abs. 1 S. 1 GG können Gesetze zum Erlass von Rechtsverordnungen ermächtigen, wenn sie gemäß Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung bestimmen. Art. 80 Abs. 1 GG steht im historischen Kontext der „leidvollen Erfahrungen deutscher Verfassungsentwicklung"[4] und fungiert als „bereichsspezifische Konkretisierung des Rechtsstaats-, Gewaltenteilungs-[…] und Demokratieprinzips"[5]. Er sollte „der ‚Ermächtigungsgesetzgebung' einen Riegel vorschieben und eine geräuschlose Verlagerung der Rechtsetzungsmacht auf die Exekutive sowie die damit verbundene Veränderung des Verfassungssystems verhindern."[6] Das Parlament darf sich aus diesem Grunde, so das Bundesverfassungsgericht, nicht „durch eine Blankoermächtigung an die Exekutive seiner Verantwortung für die Gesetzgebung entledigen und damit selbst entmachten."[7]

[4] Fritz Ossenbühl, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts Bd. V, 3. Aufl. 2007, § 103 Rn. 2.

[5] BVerfG, 19.09.2018 – 2 BvF 1/15, 2 BvF 2/15 = BVerfGE 150, 1, 100. 5

[6] Fritz Ossenbühl, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts Bd. V, 3. Aufl. 2007, § 103 Rn. 2.

[7] BVerfG, 19.09.2018 – 2 BvF 1/15, 2 BvF 2/15 = BVerfGE 150, 1, 100.

Dieser verfassungsrechtliche Maßstab war bislang unbestritten, und er gilt damit selbstverständlich auch für den Beschluss zur „epidemischen Lage von nationaler Tragweite" und die durch diesen ausgelösten Ermächtigungen des Bundesministers für Gesundheit. Das Bundesverfassungsgericht[8] und die überwiegende Meinung im Schrifttum[9] halten gesetzesvertretenden Verordnungen, wie sie nun auf der Grundlage von § 5 Abs. 2 S. 1 IfSG erlassen worden sind, zwar grundsätzlich für zulässig. Aber das Bestimmtheitsgebot des Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG setzt ihnen Grenzen. Der parlamentarische Gesetzgeber muss „durch die Ermächtigung selbst entscheiden, welche Fragen durch Rechtsverordnung geregelt werden können oder sollen." Das Bundesverfassungsgericht hat diese Vorgabe in mehreren Dimensionen entfaltet: einem Selbstentscheidungsvorbehalt des Parlaments, das die „Grenzen einer solchen Regelung festlegen und angeben [muss], welchem Ziel sie dienen soll"; einer Programmfestsetzungspflicht, die den Gesetzgeber anhält, der ermächtigten Stelle ein „Programm" an die Hand zu geben, das mit der Ermächtigung verwirklicht werden soll, und schließlich das hier besonders virulente Vorhersehbarkeitsgebot, wonach bereits aufgrund der Ermächtigung vorhersehbar sein muss, „in welchen Fällen und mit welcher Tendenz von ihr Gebrauch gemacht werden wird und welchen Inhalt die aufgrund der Ermächtigung erlassenen Verordnungen haben können, so dass sich die Normunterworfenen mit ihrem Verhalten darauf einstellen können."[10]

[8] BVerfG, 06.05.1958 – 2 BvL 37/56, 2 BvL 11/57 = BVerfGE 8, 155, 170 f. und BVerfG, 04.05.1977 – 2 BvR 509/96 und 2 BvR 511/96 = NJW 1998, 670.

[9] Hartmut Bauer, in: Dreier (Hrsg.), GG. Kommentar Bd. 2, 3. Aufl. 2015, Art. 80 Rn. 20; Thomas Mann, in: Sachs (Hrsg.), GG. Kommentar, 8. Aufl. 2018, Art. 80 Rn. 11; Barbara Remmert, in: Maunz/Dürig (Begr.), GG. Kommentar, 2013, Art. 80 Rn. 91, 99; Astrid Wallrabenstein, in: von Münch/ Kunig (Hrsg.), GG. Kommentar Bd. 2, Art. 80 Rn. 10. – Kritisch allerdings Arnd Uhle, Parlament und Rechtsverordnung, 1999, S. 420 ff.

[10] BVerfG, 19.09.2018 – 2 BvF 1/15, 2 BvF 2/15 = BVerfGE 150, 1, 101; ferner etwa Michael Brenner, in: von Mangoldt/Klein/Starck/Huber/Voßkuhle (Begr./Hrsg.), GG. Kommentar, 7. Aufl. 2018, Art. 80 Rn. 40; Jarass/Pieroth, GG für die Bundesrepublik Deutschland, 15. Aufl. 2018, Art. 80 Rn. 13.

Das Bundesverfassungsgericht ist sogar so weit gegangen, dass in einer Rechtsverordnung „niemals originärer politischer Gestaltungswille der Exekutive zum Ausdruck kommen“ dürfe.[11]

[11] BVerfG, 08.06.1988 – 2 BvL 9/85, 2 BvL 3/86 = BVerfGE 78, 249, 273; Hervorhebungen im Original.

Das Bestimmtheitsgebot in Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG begründet also nicht nur ein politisches Gestaltungsrecht, sondern im Verhältnis zur Exekutive auch eine Gestaltungspflicht des parlamentarischen Gesetzgebers. Für die Ermächtigung zu gesetzesvertretenden Verordnungen gilt dies in ganz besonderem Maße, denn diese sollen an die Stelle von Regelungen treten, die Ausdruck seines legislativen Willens sind. Das meint das Bundesverfassungsgericht, wenn es die Grenzen der Zulässigkeit gesetzesvertretender Verordnungen überschritten sieht, „wo der Gesetzgeber Vorschriften von solcher Bedeutung und in solchem Umfang für subsidiär erklärt, dass sich dadurch innerhalb des Staatsgefüges eine Gewichtsverschiebung zwischen gesetzgebender Gewalt und Verwaltung ergibt.“[12] Die Rechtsprechung hat gesetzliche Ermächtigungen zu gesetzesvertretenden Verordnungen dementsprechend bislang nur für verfassungsgemäß erklärt, soweit sie Abweichungen von konkret bezeichneten gesetzlichen Vorschriften zuließen.[13] Die Beschränkung auf konkret bezeichnete Einzelbestimmungen in der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage ist notwendig, um den politischen Gestaltungsprimat des parlamentarischen Gesetzgebers zu wahren. Sie dient aber auch der rechtsstaatlichen Klarheit: Schon jetzt gibt es auf der Grundlage von § 5 Abs. 2 S. 1 IfSG eine ausschweifende „Nebengesetzgebung“[14], die dazu führt, dass man nicht mehr sicher sein kann, ob das im „Hauptgesetz“ Geregelte tatsächlich gilt.

Der Kritik an dieser Achsenverschiebung wird die Existenz von doch selbstverständlich anerkannten Experimentierklauseln entgegengehalten.[15]

[12] BVerfG, 06.05.1958 – 2 BvL 37/56, 2 BvL 11/57 = BVerfGE 8, 155, 171.

[13] BVerfG, 06.05.1958 – 2 BvL 37/56, 2 BvL 11/57 = BVerfGE 8, 155, 171.

[14] Vgl. die Zusammenstellung der auf der Grundlage von § 5 Abs. 2 S. 1 IfSG erlassenen Rechtsverordnungen auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen.html.

[15] Hase JZ 2020, 700. Die dort von Hase zitierte Arbeit von Volker Maaß, Experimentierklauseln für die Verwaltung und ihre verfassungsrechtlichen Grenzen, 2001, hält solche Experimentierklauseln übrigens entgegen dem von Hase erzeugten Ersteindruck nicht durchgängig für verfassungsgemäß, vgl. nur die dortigen Ausführungen auf den S. 131, 137 ff. zu § 11 Abs. 4 GO LSA.

Aber das verstellt den Blick darauf, dass es hier um etwas kategorial Anderes geht als bei Experimentierklauseln. Die Ermächtigungsgrundlagen in § 5 Abs. 2 S. 1 IfSG erlauben ohne jede Differenzierung Ausnahmen und Abweichungen von allen Normen der dort bezeichneten Gesundheitsgesetze. Da dazu auch das Infektionsschutzgesetz selbst gehört, könnte selbst § 5 Abs. 2 S. 1 IfSG suspendiert werden. Bezogen auf die gesetzlichen Normen, die durch die Verordnung modifiziert werden können, handelt es sich also um eine Blankovollmacht, die weitaus mehr als 1.000 Vorschriften umfasst. Hinzu kommt, dass die Ermächtigungsgrundlagen entweder gar keine Voraussetzungen für die „Ausnahmen“ und „Abweichungen“ von den Gesetzen beinhalten (Nr. 4 a), 7, 8 und 10) oder so weit gefasst sind (Nr. 3: „um die Abläufe im Gesundheitswesen und die Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten“), dass sich nicht erkennen lässt, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen sie aktiviert werden sollen. Gesetze, die ein Ministerium weitgehend schrankenlos nicht nur konkretisieren, sondern auch aufheben kann, lassen sich aber mit dem Maßstab der Bestimmtheit i.S.v. Art. 80 Abs. 1. 2 GG nicht mehr erfassen.[16]

[16] Möllers VerfBlog, 2020/3/26, https://verfassungsblog.de/parlamentarische-selbstentmaechtigung-im-zeichen-des-virus/.

Diese Verlagerung (grundrechts-)wesentlicher Entscheidungsbefugnisse auf eine gesetzlich nicht angeleitete Exekutive wird nicht nur von den Wissenschaftlichen Diensten des Deutschen Bundestages[17], sondern fast einhellig im rechtswissenschaftlichen Schrifttum[18] für verfassungswidrig gehalten. Dennoch ist sie in der Öffentlichkeit weitaus weniger wahrgenommen worden als die Grundrechtseingriffe durch Ausgangs- und Kontaktsperren. Dabei verschieben die Rechtsverordnungsermächtigungen die Achsen der horizontalen Gewaltenbalance, die durch das Demokratie- und das Rechtsstaatsprinzip ausgeformt werden, erheblich. Sie schwächen vor allem die Opposition im Bundestag, die dadurch von der Krisengesetzgebung ausgeschlossen wird. Und sie erzeugen den fatalen Eindruck eines Ausnahmezustands, der nicht in den üblichen, von der Verfassung zur Verfügung gestellten Formen und Verfahren bewältigt werden kann.

[17] Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, Staatsorganisation und § 5 Infektionsschutzgesetz, WD3-3000-080/20, S. 7.

[18] Gärditz/Abdulsalam GSZ 2020, 114f.; Mayen NVwZ 2020, 831ff.; Michl JuS 2020, 509; stark dahin tendierend auch Rixen NJW 2020, 1103 f.: „dürften die Grenzen des Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG […] überschritten sein“ sowie zumindest skeptisch auch Meßling NZS 2020, 323f.

bb) Gefahr der Verstetigung, Selbstachtung des Parlaments

Bei alledem geht es auch um die Gefahr der Verstetigung. Dass diese Gefahr virulent ist, belegt ein jüngster Gesetzentwurf der Regierungskoalition. Vorgeschlagen wird einer neuer § 52 Abs. 4 BWahlG, der das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat ermächtigen soll, im Falle einer Naturkatastrophe oder eines ähnlichen Ereignisses höherer Gewalt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates von den Bestimmungen über die Aufstellung von Wahlbewerbern abweichende Regelungen zu treffen, um die Benennung von Wahlbewerbern ohne Versammlungen zu ermöglichen.[19]

[19] BT-Drucks. 19/20596.

Man scheint sich allmählich an die Gesetzgebung durch ministerielle Notverordnungen zu gewöhnen. Während man bislang noch sagen konnte, es gehe doch nur um Detailfragen des Infektionsschutzrechts (und auch das stimmt nicht, es geht auch um sensible Fragen wie eine Deregulierung des Arzneimittelzulassungsrechts), geht es beim Wahlrecht dann um das demokratische Eingemachte. Wenn die Vorbereitung der Wahl zur Disposition der Exekutive gestellt wird, so genügt das nicht der vom Bundesverfassungsgericht eingeforderten „strikte[n] rechtliche[n] Regelung der Vorbereitung und Durchführung der Wahl“, die der „Bedeutung der Wahl zum Deutschen Bundestag als Ausgangspunkt aller demokratischen Legitimation wie auch der Gewährleistung des aktiven und passiven Wahlrechts“ [20] entspricht.

[20] BVerfG, 20.10.1993 – 2 BvC 2/91 = BVerfGE 89, 243, 250f.

Das Anliegen, den Feststellungsbeschluss nach § 5 Abs. 1 S. 2 IfSG aufzuheben, bringt also auch zum Ausdruck, dass es hier auch um die Selbstachtung von demokratisch gewählten Parlamentariern geht, die die verfassungsrechtlich wesentlichen Entscheidungen selbst treffen müssen und möchten. Es ist damit zu rechnen, dass uns die Epidemie sicherlich noch das gesamte nächste Jahr und damit auch noch über die Bundestagswahl 2021 hinaus beschäftigen wird. Man muss daher auch davon ausgehen, dass der Termin 31.03.2021, an dem alle Not-Rechtsverordnungen außer Kraft treten sollen, weiter hinausgeschoben wird. Damit droht die Gefahr einer dauerhaften Verstetigung eines verfassungsrechtlich nicht zulässigen Ausnahmezustands über die bisherige Legislaturperiode hinaus.

[…]“

b) Gutachten Prof. Dr. Elicker vom 7. September 2020

Ebenso, auch unter Bezugnahme auf das bereits genannte Gutachten des wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages, kommt Prof. Dr. Elicker von der Universität des Saarlandes zur

Verfassungswidrigkeit des § 5 Abs. 1 und 2 IfSG. Auch dieser hatte zu der genannten Anhörung im Gesundheitsausschuss unter dem 7. September 2020 eine schriftliche Stellungnahme verfasst, die hier auszugsweise zitiert wird und die ich mir ebenso umfassend zu Eigen mache:[18]

„Stellungnahme

A. Zum Antrag der FDP-Fraktion auf Beschluss des Deutschen Bundestages, dass die epidemische Lage von nationaler Tragweite nicht mehr gegeben sei und zur Aufhebung der Feststellung vom 25.03.2020, BT-Drucksache 19/20046

I. Beschluss, dass die Voraussetzungen für die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite im Sinne des § 5 Abs. 1 IfSG nicht mehr vorlägen

Hinsichtlich dieser ersten Forderung sehe ich den Antrag als nicht ganz ehrlich an. Man sollte offen aussprechen, was Sache ist: § 5 IfSG stellt schlicht und einfach keine rechtlichen Kriterien bereit, anhand derer man beurteilen könnte, ob eine epidemische Lage von nationaler Tragweite vorlag, weiter vorliegt oder nicht mehr vorliegt. Dem muss man sich stellen. Man kann hierüber nicht den Mantel des Schweigens breiten, denn die nächste „Lage“, in der von der umstrittenen Ermächtigung Gebrauch gemacht werden wird, wenn sie so bleibt wie sie ist, kommt bestimmt.

Dem Deutschen Bundestag standen bei Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite keine rechtlichen Kriterien zur Seite und es stehen ihm auch für die Beurteilung des Fortbestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite keine rechtlichen Kriterien zur Verfügung. Gerade der Antrag der FDP macht doch das unauflösliche rechtliche Dilemma der Regelung deutlich: Der voraussetzungslose Tatbestand scheint die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite alleine dem Gutdünken des Bundestages zu überlassen. Die Verpflichtung des Bundestages allerdings, nach § 5 Abs. 1 Satz 2 IfSG die Feststellung nach Satz 1 wieder aufzuheben, wenn ihre Voraussetzungen entfallen sind, lässt diese Deutung wiederum nicht zu. Diese „Rückholpflicht“ setzt vielmehr eine laufende Kontrolle anhand vorher feststehender rechtlicher Kriterien voraus. Nur wenn diese Maßstäbe gesetzlich festgelegt wären, könnte beurteilt werden, ob eine relevante Veränderung der Situation im rechtstatsächlichen Bereich eingetreten ist.

Aber schon die Voraussetzungslosigkeit und inhaltliche Ungebundenheit des Bundestages, wäre diese konsequent umgesetzt, ist verfassungsrechtlich abzulehnen. Im Hinblick auf die Wesentlichkeitsrechtsprechung der Verfassungsgerichtsbarkeit genügt es für die rechtliche Grundlegung in hohem Maße grundrechtsrelevanter Eingriffe nicht, dass der Bundestag überhaupt tätig wird, sondern es

[18] https://www.bundestag.de/resource/blob/790662/2126654d79a6ce3dcb471a03b3860899/19_14_197-9-_ESV_Elicker_COVID19-data.pdf (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

muss der - nicht nur aus dem Bundestag bestehende - Gesetzgeber tätig werden, und zwar im hier alleine richtigen transparenten und verfassungsrechtlich geordneten Verfahren zur Schaffung eines sog. formell-materiellen Gesetzes.

Die bisherigen Versuche, dem § 5 IfSG die somit verfassungsrechtlich geforderten Feststellungsvoraussetzungen zu entnehmen bzw. zu unterlegen, können nicht überzeugen:

– Der Rekurs auf die Gesetzesbegründung die „eine durch das neuartige Corona Virus SARS-CoV-2 verursachte bundesweite Epidemie" erwähnt und somit auf die historische Lage abzustellen scheint, überzeugt schon deshalb nicht, weil dann das Erfordernis einer eigenständigen Feststellung unabhängig von der konkreten Gesetzesänderung keinen Sinn machen würde. Für die Feststellung der Beendigung bliebe es beim oben aufgezeigten Dilemma.

– Auch der Versuch, die „epidemische Lage von nationaler Tragweite" als medizinischen Fachbegriff zu deuten, führt nicht weiter. Dieser Begriff ist in der medizinischen Wissenschaft nicht diskutiert worden als ein Rechtsbegriff, der Voraussetzung für eine fast unüberschaubare Fülle von Befugnissen in der Hand der Exekutive sein soll. Auch ist diese Begrifflichkeit im medizinischen Sprachgebrauch kein Begriff, der die im juristischen Kontext notwendige Trennschärfe besitzt, dessen Vorliegen also heute zu bejahen und morgen ggf. zu verneinen wäre. Auch wird die Feststellung vom Deutschen Bundestag getroffen, nicht von einem Sachverständigenrat der Epidemiologen. Die Feststellung kann daher auch nicht allein von medizinisch-fachlichen Voraussetzungen abhängen. Eine solche mithin auch wertende Betrachtung wäre dann konsequenterweise dem Bundestag als dem unmittelbar demokratisch legitimierten Verfassungsorgan zuzuweisen, wie es das Gesetz tut. Es bleibt auch hier dabei, dass aus diesem Ansatz die Kriterien für diese Wertung, für das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht entwickelt werden können.

II. Beschluss, die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 25.03.2020 aufzuheben

Eingedenk der Tatsache, dass die Rechtsgrundlage nicht nur wegen ihrer Unbestimmtheit verfassungswidrig ist, sondern eine Reihe von schweren verfassungsrechtlichen Defiziten aufweist, ist die Aufhebung unverzüglich vorzunehmen. Fakt ist ja, dass auf dieser „Rechts"-Grundlage, auch wenn ihre Verfassungswidrigkeit weithin erkannt ist, z.T. belastende hoheitliche Maßnahmen gegenüber dem Gewaltunterworfenen getroffen werden. Das Verdikt der Verfassungswidrigkeit wird von der bereits herrschenden Meinung im wissenschaftlichen Schrifttum vor allem auf folgende – hier nur sehr kurz zusammengefasste – Gründe gestützt:

1. Verstoß gegen Art. 83 GG wegen verfassungswidriger Beschränkung der Verwaltungskompetenz der Länder

Mit den Anordnungskompetenzen, die dem Bundesminister für Gesundheit aus § 5 Abs. 2 IfSG zuwachsen, wird der nach Art. 83 GG den Ländern obliegende Vollzug des Gesetzes dem Bundesminister für Gesundheit selbst überantwortet. Die damit einhergehende Verschiebung grundgesetzlich festgelegter Zuständigkeiten durch ein einfaches Bundesgesetz ist verfassungsrechtlich nicht möglich.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, WD 3 - 3000 - 080/20, S. 10.

2. Verstoß gegen Art. 80 Abs. 1 GG - Parlament darf sich nicht seiner Verantwortung als gesetzgebende Körperschaft entäußern

Die Ermächtigung der Exekutive, durch Rechtsverordnungen Ausnahmen von Gesetzesvorschriften zuzulassen, ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur in engen Grenzen und unter engen Voraussetzungen möglich. Es darf dabei nämlich innerhalb des Staatsgefüges nicht zu einer „Gewichtsverschiebung zwischen gesetzgebender Gewalt und Verwaltung" kommen.

BVerfGE 8, 155 (171).

Der Gesetzgeber kann „den Vorrang des Gesetzes als Prinzip nicht beseitigen".

BVerfGE 8, 155 (170 f.).

Die Verordnungsermächtigungen in § 5 Abs. 2 IfSG stellen eine verfassungswidrige „Selbstentmachtung" des Gesetzgebers dar.

Hollo, in Kießling, IfSG, 1. Aufl. 2020, § 5 Rn. 21 ff.; Gärditz/Abdulsalam GSZ 2020, 108 (114); Möllers Verfassungsblog v. 26. 3. 2020; Lindner in Schmidt, § 16 Rn. 46; WD 3 - 3000 - 080/20, S. 6: „zumindest erheblich problematisch".

Gerade hinsichtlich der Weite und Bedeutung der in Bezug genommenen Normen wird die Vereinbarkeit mit Art. 80 Abs. 1 GG und mit den Anforderungen an gesetzesänderndes Verordnungsrecht sehr bezweifelt.

Ritgen LK 2020, 137 (139); Kluckert in Kluckert., § 2 Rn. 149.

3. Verstoß gegen Art. 20 Abs. 3 GG - Bindung der Exekutive an Recht und Gesetz

Der Bundesgesundheitsminister kann nach § 5 IfSG in sehr weitreichender Weise das ihn bindende Recht und Gesetz außer Kraft setzen und durch selbst geschaffenes Recht ersetzen. Das ist im gewaltenteilenden und der Herrschaft des Gesetzes verpflichteten Rechtsstaat bereits ein Unding.

Kingreen, lto.de v. 23. 5. 2020; Gärditz/Abdulsalam GSZ 2020, 108 (114).

Außerdem sind die Grenzen der Ermächtigung nicht „eindeutig“ im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts – s. BVerfGE 8, 155 (171).

> WD, WD 3 - 3000 - 080/20, S. 6; Hollo, in Kießling, IfSG, 1. Aufl. 2020, § 5 Rn. 25.; ebenso Lindner in Schmidt, § 16 Rn. 46: „Blankettermächtigung“; Gärditz/Abdulsalam GSZ 2020, 108 (114): „inhaltsleere Globalermächtigung“.

B. Gesetzliche Regelung zur Weitergeltung von Rechtsverordnungen und Anordnungen, FDP-Fraktion, BT-Drucksache 19/20042

Zur sachlichen, wirklichkeitswissenschaftlichen Sinnhaftigkeit der Weitergeltung müssen die Experten und Betroffenen aus dem Bereich des Gesundheitswesens Stellung beziehen.

Aus verfassungsrechtlicher Sicht ist hier aus gegebenem Anlass zu sagen, dass es für jede inhaltliche Weitergeltung in der Tat Not tut, diese auf eine verfassungsrechtlich akzeptable gesetzliche Grundlage zu stellen, d.h. diese in einem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren auch unter der staatsorganisationsrechtlich vorgesehenen Beteiligung des Bundesrates festzuschreiben.

Fraglich ist hier allerdings der Weg, eine Weitergeltung von Verordnungen und Anordnungen auf die konkret vorgeschlagene Weise per Gesetz absichern zu wollen. Immerhin sind hier weite Bereiche des Ausbildungsrechts und Prüfungsrechts betroffen, also ein sehr grundrechtsrelevanter Bereich gem. Art. 12 Abs. 1 GG, Art. 3 Abs. 1 GG.

Nach der Wesentlichkeitsrechtsprechung der Verfassungsgerichtsbarkeit muss der Gesetzgeber „in grundlegenden normativen Bereichen, zumal im Bereich der Grundrechtsausübung, soweit diese staatlicher Regelung zugänglich ist, alle wesentlichen Entscheidungen selbst […] treffen“.

> BVerfGE 61, 260 (275); Hollo, in Kießling, IfSG, 1. Aufl. 2020, § 5 Rn. 28 f.; Ritgen LK 2020, 137 (140); Kluckert in Kluckert, § 2 Rn. 102 ff.

Hierfür genügt aber nicht alleine eine irgendwie geartete parlamentarische Befassung, sondern es ist das transparente Gesetzgebungsverfahren zu einem formell-materiellen Gesetz zu durchlaufen. Ob hierfür die nachträgliche gesetzliche Weitergeltungsanordnung für Rechtsverordnungen und Anordnungen genügt, deren bisherige Wirksamkeit und Verfassungsmäßigkeit zu Recht bestritten ist, ist sehr ungewiss.

[…]“

c) **Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages, WD 3 - 3000 - 080/20, vom 2. April 2020**

Drittens soll auch das Gutachten des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages zitiert werden, welches zu dem Ergebnis kommt, dass vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die Ermächtigungen in § 5 Abs. 2 IfSG zum Erlass von Rechtsverordnungen wohl „zumindest erheblich problematisch" seien.[19] In Anbetracht der eindeutigen inhaltlichen Ausführungen im Gutachten, des Umstandes, dass der wissenschaftliche Dienst des Bundestages seine Worte mit Bedacht wählt, zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung das Gesetz bereits in Kraft war und man dem Dienstherrn ungern sagt, dass ein großes und als systemstabilisierend empfundenes Gesetz schlichtweg verfassungswidrig ist, muss man konstatieren: Auch der wissenschaftliche Dienst des Bundestages ist zu dem Ergebnis gekommen, dass § 5 Abs. 2 IfSG verfassungswidrig ist, wollte dies aber nicht so deutlich aussprechen.

„[…]

1. Fragestellung

Der Bundestag hat am 25. März 2020 Änderungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) beschlossen.[1] Die Änderungen des § 5 und § 28 IfSG sind am Tag nach der Verkündung in Kraft getreten, mithin am 28. März 2020.[2] In seinem Absatz 2 ermächtigt die Neufassung des § 5 Infektionsschutzgesetz das Bundesministerium für Gesundheit, Anordnungen und Rechtsverordnungen zu erlassen. Es stellt sich die Frage, ob diese neue Ermächtigung mit Art. 80 GG (GG) und der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern vereinbar ist.

[1] BT-Drs. 19/18111, Entwurf eines Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite.

[2] Gesetz vom 27. März 2020, Bundesgesetzblatt Teil I 2020 Nr. 14 vom 27. März 2020, S. 587.

2. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Infektionsschutz und Seuchenbekämpfung gehören zur Gefahrenabwehr, für die grundsätzlich die Länder die Gesetzgebungskompetenz haben.[3] Für „Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten" besteht nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Mit dem Erlass des IfSG hat der Bundesgesetzgeber diese genutzt. Soweit der Bund eine

[19] Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages, Ausarbeitung WD 3 - 3000 - 080/20 vom 2. April 2020; https://www.bundestag.de/resource/blob/690262/cb718005e6d37ecce82c99191efbec49/WD-3-080-20-pdf-data.pdf (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

konkurrierende Gesetzgebungskompetenz in Anspruch genommen hat, haben die Länder keine weitere Regelungsbefugnis (Art. 72 Abs. 1 GG).

3. Verordnungen (§ 5 Abs. 2 IfSG)

3.1. Abweichung vom Gesetzesvorrang

In § 5 Abs. 2 Nr. 3, Nr. 4, Nr. 7 und Nr. 8 IfSG ermächtigt der Gesetzgeber den Verordnungsgeber, durch Rechtsverordnung Ausnahmen von Gesetzesvorschriften zuzulassen. Das Bundesverfassungsgericht hält dies in bestimmtem Umfang für grundsätzlich zulässig:

> „Der Gesetzgeber bestimmt den Anwendungsbereich jeder gesetzlichen Vorschrift ebenso wie er ihren Inhalt bestimmt. Es steht ihm auch frei, die Anwendbarkeit einer Vorschrift dadurch zu beschränken, dass er ihr eine Subsidiarität gegenüber bestimmten staatlichen Willensäußerungen niedrigeren Ranges beilegt.
>
> Durch den Vorrang des Gesetzes wird diese Befugnis nicht berührt. Der Gesetzgeber kann den Vorrang des Gesetzes als Prinzip nicht beseitigen. Aber er kann einer einzelnen Vorschrift oder auch einer Gruppe von Vorschriften einen subsidiären Charakter geben. […]
>
> Generelle Bedenken gegen die Verwendung dieser gesetzgebungstechnischen Formen der Anwendungsbeschränkung von Gesetzen bestehen nicht. Das GG hat ihre Existenz und ihre Zulässigkeit vorausgesetzt.“[4]

[3] Denninger, in: Lisken/Denninger, Handbuch des Polizeirechts, 6. Auflage 2018, D. Polizeiaufgaben, Rn. 173 ff.

[4] BVerfGE 8, 155 (170 f.) – Hervorhebung durch Autor.

Das Bundesverfassungsgericht setzt solchen „anwendungsbeschränkenden Verordnungen“ aber klare Grenzen:

> „Damit ist allerdings nicht gesagt, dass die Verwendung dieser Formen unbeschränkt möglich ist. Die Grenze liegt dort, wo der Gesetzgeber Vorschriften von solcher Bedeutung und in solchem Umfang für subsidiär erklärt, dass sich dadurch innerhalb des Staatsgefüges eine Gewichtsverschiebung zwischen gesetzgebender Gewalt und Verwaltung ergibt.“[5]

In dem vom Bundesverfassungsgericht zu entscheidenden Fall sah das Lastenausgleichsgesetz (LAG)[6] in § 345 ein „Verfahren bei Ausgleichsleistungen“ vor, auf die kein Rechtsanspruch bestand. Das Gesetz ermächtigte in § 346 den Präsidenten der Behörde, „das Verfahren abweichend“ zu regeln. Dabei hatte sich der Präsident „im Rahmen dieses Gesetzes, der dazu ergehenden Rechtsverordnungen sowie der Richtlinien der

Bundesregierung“ zu bewegen. Die Regelung des Präsidenten betraf die Antragstellung („zuständiges Ausgleichsamt“), die Form („vorgeschriebenes Formblatt“) und organisatorische Einzelheiten des weiteren Entscheidungs- und Widerspruchsverfahrens.[7] Das Bundesverfassungsgericht stellte hierzu fest:

> „Die in den §§ 345, 346 LAG angeordnete Subsidiarität hält sich in einem engen Rahmen. Es kann keine Rede davon sein, dass durch sie eine bedeutsame Veränderung des zwischen Gesetzgebung und Verwaltung bestehenden Gewichtsverhältnisses eintritt. […]
>
> Die Grenzen sind eindeutig: Nur die in § 345 gegebenen Bestimmungen sollen gegenüber den allgemeinen Verwaltungsvorschriften des Präsidenten des Bundesausgleichsamts – und nur gegenüber diesen – subsidiär sein. Ein Verstoß gegen das Gebot gesetzgeberischer Klarheit liegt demnach nicht vor […].“[8]

In späteren Entscheidungen hat das Bundesverfassungsgericht dieses Verhältnis zwischen Gesetz- und Verordnungsgeber weiter konkretisiert:

> „Sinn der Regelung des Art. 80 Abs. 1 GG ist es, das Parlament darin zu hindern, sich seiner Verantwortung als gesetzgebende Körperschaft zu entäußern. Es soll nicht einen Teil seiner Gesetzgebungsmacht der Exekutive übertragen können, ohne die Grenzen dieser Befugnis bedacht und diese nach Tendenz und Programm so genau umrissen zu haben, dass schon aus der Ermächtigung erkennbar und vorhersehbar ist, was dem Bürger gegenüber zulässig sein soll […].“[9]

[5] BVerfGE 8, 155 (171) – Hervorhebung durch Autor.

[6] Gesetz über den Lastenausgleich vom 14. August 1952 (BGBl. I S. 446).

[7] BVerfGE 8, 155 (159 f.).

[8] BVerfGE 8, 155 (171) – Hervorhebung durch Autor.

[9] BVerfGE 78, 249 (272) – Hervorhebung durch Autor.

Vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung sind die Ermächtigungen in § 5 Abs. 2 IfSG zum Erlass von Rechtsverordnungen wohl zumindest erheblich problematisch:

> – Rechtsverordnungen nach § 5 Abs. 2 Nr. 3 IfSG können Ausnahmen vom IfSG schaffen „in Bezug auf die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten […], um die Abläufe im Gesundheitswesen und die Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten“. Damit ermächtigt § 5 Abs. 2 Nr. 3 IfSG die Exekutive, von einer unüberschaubaren Zahl an gesetzlichen Vorschriften des IfSG abzuweichen: Es ist nach § 1 IfSG „Zweck des Gesetzes […], übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu

verhindern.“ Ein Großteil der 77 Paragraphen des IfSG dürfte relevant sein, „um die Abläufe im Gesundheitswesen und die Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten“. Welcher dieser Paragraphen dies sein kann, in welchem Umfang und mit welchem „genau umrissenen Programm“[10] ist für den Bürger und wohl auch den Gesetzgeber selbst aus der Ermächtigung „nicht erkennbar und vorhersehbar“.[11]

– Im Vergleich dazu hat der Gesetzgeber in § 5 Abs. 2 Nr. 4 IfSG die Ermächtigung für Rechtsverordnungen programmatisch enger gefasst: Ausnahmen von gesetzlichen Vorschriften betreffen Arzneimittel, Medizinprodukte, Labordiagnostik, Hilfsmittel, Schutzausrüstung und Desinfektionsprodukte. Gleichwohl sind auch hier Ausnahmen von einer unüberschaubaren Zahl an gesetzlichen Vorschriften in insgesamt 5 Gesetzen möglich. Zwar sind diese Ausnahmen zumindest thematisch umrissen: „Herstellung, Kennzeichnung, Zulassung, klinische Prüfung, Anwendung, Verschreibung und Abgabe, Ein- und Ausfuhr, das Verbringen und die Haftung, sowie […] Betrieb von Apotheken einschließlich Leitung und Personaleinsatz“. Dennoch ist zumindest fraglich, ob die „Grenzen“ dieser Ermächtigung damit im Sinne des Bundesverfassungsgerichts „eindeutig“ sind.[12]

– Auch die Ermächtigung zu Rechtsverordnungen nach § 5 Abs. 2 Nr. 7 IfSG ist programmatisch enger gefasst als § 5 Abs. 2 Nr. 3 IfSG: Betroffen ist die „Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung“ in bestimmten Einrichtungen. Ferner ist die Abweichungsbefugnis auf den ersten Blick im Wesentlichen beschränkt auf das Sozialgesetzbuch V (SGB V) und auf in „Bezug genommene“ Gesetze. Das SGB V enthält allerdings 339 Paragraphen. Bereits in den ersten 5 Paragraphen nimmt das SGB V Bezug auf 12 unterschiedliche Gesetze (Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb, Zweites Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, Künstlersozialversicherungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, Bundesausbildungsförderungsgesetz, Fremdrentengesetz, Gesetz zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung, Berufsbildungsgesetz, Vorruhestandsgesetz, Asylbewerberleistungsgesetz, Aufenthaltsgesetz, Freizügigkeitsgesetz).

– Das zu § 5 Abs. 2 Nr. 7 IfSG Genannte gilt bei § 5 Abs. 2 Nr. 8 IfSG entsprechend, hier in Bezug auf die „Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung“ und das einschlägige SGB XI.

[10] Vgl. BVerfGE 78, 249 (272): „nach Tendenz und Programm so genau umrissen“.

[11] Vgl. BVerfGE 78, 249 (272) – Hervorhebung durch Autor.

[12] BVerfGE 8, 155 (171).

Bei den vorgenannten Maßnahmen geht es ganz überwiegend um erhebliche Grundrechtseingriffe, insbesondere auch um das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG. Der

Gesetzgeber weist hierauf in § 5 Abs. 5 IfSG selber hin. Auch dieser Umstand spricht gegen die Zulässigkeit einer umfassenden Delegation der Gesetzesabweichung an die Exekutive:

> „[D]ie Verantwortung für die Freigabe unzureichend getesteter Arzneimittel kann und muss der Gesetzgeber selbst übernehmen.“[13]

Verfassungsrechtler haben in der kurzen Zeit seit Erlass des Gesetzes bereits entsprechend kritisch reagiert:

„Ich halte es […] für verfassungswidrig, wenn ein Ministerium per Notverordnung Gesetze des Bundestags ändern kann, ohne dass der Bundestag eine Möglichkeit hat, dies zu verhindern.“[14]

„Mit der Ermächtigung eines Bundesministeriums, gesetzesvertretendes Verordnungsrecht zu erlassen, setzt sich das Parlament in Widerspruch zu zentralen Normen der Verfassung.“[15]

„Gem. § 5 Abs. 2 Nr. 3 IfSG-E soll das Bundesministerium für Gesundheit nun ‚durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates‘ Ausnahmen zu Vorschriften des IfSG zulassen können. Das ist mit den Voraussetzungen des Art. 80 Abs. 1 GG schlichtweg nicht zu vereinbaren. Dass ein einzelnes Ministerium und nicht die Bundesregierung als Kollegialorgan ermächtigt wird, macht die Sache sogar noch bedenklicher.“[16]

„Hier geht es auch nicht um die Außerkraftsetzung vereinzelter Regelungen im Rahmen von Experimentierklauseln, für die solche gesetzesvertretenden Verordnungen diskutiert werden, sondern um die Derogierung großer, nicht abgegrenzter Teile des Gesetzes. Mit Art. 80 Abs. 1 GG ist das nicht zu vereinbaren.“[17]

„Der Bundestag hat am 25. März in aller Eile ein Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes erlassen, das von Verfassungsrechtlern unter verschiedenen Aspekten als verfassungswidrig angesehen wird (z.B. Gärditz/Meinel, Möllers), insbesondere weil es die Gesetzesbindung der Exekutive zur Disposition stellt und den Bundesgesundheitsminister zu Abweichungen von gesetzlichen Normen ermächtigt.“[18]

[13] Gärditz (Universität Bonn) und Meinel (Universität Würzburg), FAZ vom 26. März 2020, S. 6 (Hervorhebung durch Autor).

[14] Kingreen (Universität Regensburg), Süddeutsche Zeitung vom 26. März 2020, S. 6; derselbe, Whatever it Takes? Der demokratische Rechtsstaat in Zeiten von Corona, Verfassungsblog vom 20. März 2020, https://verfassungs-blog.de/whatever-it-takes/ (Hervorhebung durch Autor), siehe auch Steinbeis, Sancta Corona, ora pro nobis, Verfassungsblog vom 27. März 2020, https://verfassungsblog.de/sancta-corona-ora-pro-nobis/: „Kompetenzen […] die dem Verfassungsjuristen die Augen aus den Höhlen treten lassen“.

[15] Gärditz (Universität Bonn) und Meinel (Universität Würzburg), FAZ vom 26. März 2020, S. 6 (Hervorhebung durch Autor).

[16] Thielbörger/Behlert (Universität Bochum), Verfassungsblog vom 30. März 2020, COVID-19 und das GG: Neue Gedanken vor dem Hintergrund neuer Gesetze, https://verfassungsblog.de/covid-19-und-das-grund-gesetz-neue-gedanken-vor-dem-hintergrund-neuer-gesetze/ (Hervorhebung durch Autor).

[17] Möllers (Humboldt-Universität Berlin), Parlamentarische Selbstentmächtigung im Zeichen des Virus, Verfassungs-blog vom 26. März 2020, https://verfassungsblog.de/parlamentarische-selbstentmaechtigung-im-zeichen-des-virus/.

[18] Murswiek (Universität Freiburg), Tichys Einblick vom 31. März 2020, Raus aus dem Ausnahmezustand!, https://www.tichyseinblick.de/daili-es-sentials/raus-aus-dem-ausnahmezustand/.

3.2. Inhalt, Zweck und Ausmaß (Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG)

Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG schreibt vor, dass bei Erlass einer Rechtsverordnung „Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung im Gesetze bestimmt werden" müssen. Das Bundesverfassungsgericht prüft diese Voraussetzung insbesondere anhand folgender drei Kriterien:[19]

– Selbstentscheidungsformel: Der Gesetzgeber muss selbst die Entscheidung treffen, „dass bestimmte Fragen geregelt werden sollen, […] muss die Grenzen einer solchen Regelung festsetzen und [muss] angeben, welchem Ziel die Regelung dienen soll".[20]

– Programmformel: Aus dem Gesetz muss sich ermitteln lassen, „welches vom Gesetzgeber gesetzte ‚Programm' durch die Verordnung erreicht werden soll".[21]

– Vorhersehbarkeitsformel: Es fehlt an der nach Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG notwendigen Beschränkung, „wenn die Ermächtigung so unbestimmt ist, dass nicht mehr vorausgesehen werden kann, in welchen Fällen und mit welcher Tendenz von ihr Gebrauch gemacht werden wird und welchen Inhalt die auf Grund der Ermächtigung erlassenen Verordnungen haben können".[22]

Dabei sind Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung unter Heranziehung der allgemeinen Auslegungsgrundsätze aus dem ganzen Gesetz zu ermitteln. Insgesamt müsse „von Fall zu Fall" entschieden werden. Es sei dem Gesetzgeber nicht verwehrt, Generalklauseln und unbestimmte Rechtsbegriffe in der Ermächtigungsnorm zu verwenden. Die Bestimmtheitsanforderungen sind „von den Besonderheiten des jeweiligen Regelungsgegenstandes sowie der Intensität der Maßnahme abhängig […]. Geringere Anforderungen sind vor allem bei vielgestaltigen Sachverhalten zu stellen […] oder wenn zu erwarten ist,

dass sich die tatsächlichen Verhältnisse alsbald ändern werden [...]. Greift die Regelung erheblich in die Rechtsstellung des Betroffenen ein, so müssen höhere Anforderungen an den Bestimmtheitsgrad der Ermächtigung gestellt werden, als wenn es sich um einen Regelungsbereich handelt, der die Grundrechtsausübung weniger tangiert.“[23]

[19] Hierzu ausführlich Bauer, in: Dreier, GG-Kommentar, 3. Auflage 2015, Art. 80 Rn. 32 mit weiteren Nachweisen zur Rechtsprechung.

[20] BVerfGE 2, 307 (334).

[21] BVerfGE 5, 71 (77).

[22] BVerfGE 1, 14 (60).

[23] BVerfGE 58, 257 (277 f.) – Hervorhebung durch Autor.

Für die Zulässigkeit der in § 5 Abs. 2 IfSG eher weit und unbestimmt gefassten Ermächtigungen spricht der „vielgestaltige Sachverhalt“ des Infektionsschutzes, der letztlich das gesamte Gesundheitswesen in seiner ganzen Komplexität betrifft. Ferner „ändern sich die tatsächlichen Verhältnisse“ unter Umständen durch Ansteckungen oder Reaktionen in der Bevölkerung und Gesundheitswirtschaft schnell.

Gegen die Zulässigkeit der eher weit und unbestimmt gefassten Ermächtigungen sprechen die Notwendigkeit einer Selbstentscheidung der programmatischen Vorgaben, die Vorhersehbarkeit der Verordnungsinhalte und die Grundrechtsintensität (siehe hierzu bereits oben unter Abschnitt 3.1). Insgesamt verbleiben damit gewichtige Bedenken.

3.3. Zustimmung des Bundesrates (Art. 80 Abs. 2 GG)

Das IfSG enthält – abgesehen von den §§ 5 und 5a – eine Vielzahl von Ermächtigungen zum Erlass von Rechtsverordnungen. Das Wort „Rechtsverordnung“ findet sich in den §§ 6 ff. IfSG insgesamt 91 Mal. Eine Ermächtigung zum Erlass einer „Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates“ sieht allein das IfSG ausdrücklich 12 Mal vor (§§ 13, 14, 15, 20, 24, 36, 38 Abs. 1 und Abs. 2, §§ 42, 43, 50a, 53 IfSG), „ohne Zustimmung des Bundesrates“ nur 6 Mal (§§ 15, 18 Abs. 9 und Abs. 10, §§ 36, 38, 42 IfSG).

Der Zustimmungsvorbehalt zugunsten des Bundesrates ist verfassungsrechtlich erforderlich, wenn die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen „im Auftrage des Bundes oder als eigene Angelegenheit ausgeführt werden“ (Art. 80 Abs. 2 GG). Der einfache Gesetzgeber – und erst recht der Verordnungsgeber – können von diesem verfassungsrechtlichen Zustimmungsvorbehalt nicht abweichen. Auch aus diesem Grund bestehen erhebliche Bedenken gegen den in § 5 Abs. 2 IfSG vorgesehenen Erlass der Rechtsverordnungen „ohne Zustimmung des Bundesrates“.

Ob die nach § 5 Abs. 2 IfSG „ohne Zustimmung des Bundesrates" möglichen Rechtsverordnungen dazu führen, dass von anderen Rechtsverordnungen abgewichen wird, die nach weiteren Bestimmungen des IfSG (und anderer Gesetze) der Zustimmung des Bundesrates bedürfen, lässt sich aufgrund der weitgefassten Ermächtigungen abstrakt nicht klären. Daher lässt sich auch nicht klären, ob nur Zustimmungsvorbehalte betroffen sind, die auf einfachgesetzlicher Grundlage beruhen, oder die nach Art. 80 Abs. 2 GG geboten sind. Rein statistisch jedenfalls überwiegen im IfSG Ermächtigungsgrundlagen, die ausdrücklich eine Zustimmung des Bundesrates erfordern.

[…]"

d) Ergebnis

Die Anforderungen, welche Art. 80 GG aufstellt, werden durch § 5 Abs. 1 (a.F.) und 2 (a.F. und n.F.) und § 5a Abs. 2 IfSG evident nicht erfüllt. Angesichts der Eindeutigkeit der Gutachten, insbesondere aus dem eigenen Hause, muss festgestellt werden, dass der Bundestag sehenden Auges – wissentlich – gegen das Grundgesetz verstoßen hat. Allein der Umstand, dass eine Notlage größeren Ausmaßes gegeben ist, vermag ein solches Handeln nicht zu rechtfertigen. Eine Abwägung von Gütern oder Notwendigkeiten ist Art. 80 GG, der rein formal konzipiert ist, fremd. Zur Verdeutlichung kann man sich die Kontrollfrage stellen: Denkt man sich die gegenwärtige Corona-Pandemie hinweg, beispielsweise indem man sich in den Sommer des Jahres 2018 zurückversetzt, hätte dann eine solches Gesetzeskonstrukt, das lediglich vorbeugend für den Fall einer in der Zukunft auftretenden Pandemie erlassen worden wäre, den Maßstäben des Art. 80 GG und dem Parlamentsvorbehalt standgehalten? Die Antwort liegt auf der Hand: Nein. Ein „What-ever-it-takes" ist mit unserer Verfassung nicht zu vereinbaren.

Dabei ist auch darauf hinzuweisen, dass eine derartige pandemische Lage bereits im Jahr 2013 dem Bundesgesetzgeber als durchaus mögliches Szenario vor Augen stand, er demnach Zeit hatte, Vorkehrungen für den Fall ihres Eintritts zu treffen, insbesondere langfristig verfassungskonforme Gesetze hierzu auszuarbeiten: Am **3. Januar 2013 (!)** unterrichtete die Bundesregierung den Deutschen Bundestag in dem umfassenden und detaillierten 88-seitigen „Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012" neben einem Szenario betreffend Hochwasser vor allem über die Möglichkeit des Eintritts einer derartigen pandemischen Lage, wie wir sie gegenwärtig sehen und nannte sie **„Pandemie durch Virus Modi-SARS"**.[20] Das Strategiepapier, welches unter der Federführung des Robert Koch-Instituts erarbeitet wurde(!),[21] ist in der Bundestagsdrucksache 17/12051 für die Öffentlichkeit zugänglich. Seine Lektüre erstaunt, da insbesondere die

[20] https://pdok.bundestag.de/index.php?qsafe=&aload=off&q=17%2F12051&x=15&y=10&df=03.01.2013&dt=03.01.2013 (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[21] https://de.wikipedia.org/wiki/Deutsche_Pandemie-Risikoanalyse (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

ersten Monate der Pandemie, wie sie nicht nur in Deutschland, sondern weltweit stattgefunden haben, in diesem Katastrophenszenario erstaunlich treffend antizipiert worden sind. Das fiktive Virus trägt sogar den Namen „Modi-SARS“.

e) Zudem: Verletzung des Zitiergebots gemäß Art. 19 Abs. 1 Satz 2 GG

Wie oben dargelegt, wird nicht nur in das Recht auf körperliche Unversehrtheit eingegriffen, sondern auch in das Recht auf Leben gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Var. 1 GG. In § 5 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz (a.F. und n.F.) findet sich indes lediglich zitiert eine Einschränkung des Grundrechts der körperlichen Unversehrtheit durch die Beschränkungen des Absatzes 2. § 5a Infektionsschutzgesetz lässt sogar jegliche Zitation der eingeschränkten Grundrechte des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit vermissen, obwohl auch diese Norm derartige Eingriffe ermöglicht. Das Zitiergebot des Art. 19 Abs. 1 Satz 2 GG ist daher auch unter Beachtung der restriktiven Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts verletzt.

2. Materielle Verfassungswidrigkeit

a) Verstoß gegen den Bestimmtheitsgrundsatz

Zur genaueren Betrachtung erneut ein Zitat. § 5 Abs. 1 IfSG (a.F.) formuliert:

> „Der Deutsche Bundestag stellt eine epidemische Lage von nationaler Tragweite fest. Der Deutsche Bundestag hebt die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite wieder auf, wenn die Voraussetzungen für ihre Feststellung nicht mehr vorliegen. Die Aufhebung ist im Bundesgesetzblatt bekannt zu machen.“

Hierbei handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der keinerlei inhaltliche Bestimmung erfährt. Dabei legitimiert er die Verordnungsgeber auf Bundesebene und auf Landesebene in einem bislang ungekannten Ausmaß, in Grundrechte einzugreifen. Angesichts dessen ist es erforderlich, diesen Rechtsbegriff inhaltlich näher zu bestimmen. Falls beabsichtigt war, dass sich dieser Rechtsbegriff an bereits vorhandene Begrifflichkeiten anlehnen soll, hätte hierzu explizit ein Verweis aufgenommen werden müssen. Eine nähere Bestimmung durch bereits etablierte Literatur und Rechtsprechung ist naturgemäß nicht möglich, da der Begriff neu ist.

Eine derartige Definition oder zumindest nähere Bestimmung ist auch deshalb erforderlich, weil es auch um die Frage der „Rückholbarkeit“ der Befugnisse geht. Haben gegebenenfalls der Bundestag und der Bundesrat zu Beginn der Pandemie unter dem Eindruck der Ereignisse einer derartigen Gesetzesfassung zugestimmt, kann es im späteren Verlauf bei geänderter Erkenntnislage für die Opposition mitunter unmöglich sein, mangels Mehrheit die Notlage wieder aufzuheben. Erforderlich ist daher bereits von Anfang an eine exakte Bestimmtheit dieser weitreichenden Norm.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen zur fehlenden Bestimmtheit dieses Rechtsbegriffs im Gutachten von Prof. Dr. Elicker vom 7. September 2020 (s.o. Teil C.III.1.b)) Bezug genommen.

Auch die Neufassung des § 5 IfSG genügt dem Bestimmtheitsgrundsatz nicht. § 5 Abs. 1 IfSG (n.F.) lautet nunmehr:

> „(1) Der Deutsche Bundestag kann eine epidemische Lage von nationaler Tragweite feststellen, wenn die Voraussetzungen nach Satz 4 vorliegen. Der Deutsche Bundestag hebt die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite wieder auf, wenn die Voraussetzungen nach Satz 4 nicht mehr vorliegen. Die Feststellung und die Aufhebung sind im Bundesgesetzblatt bekannt zu machen. Eine epidemische Lage von nationaler Tragweite liegt vor, wenn eine ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik Deutschland besteht, weil
>
> > 1. die Weltgesundheitsorganisation eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite ausgerufen hat und die Einschleppung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland droht oder
> > 2. eine dynamische Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit über mehrere Länder in der Bundesrepublik Deutschland droht oder stattfindet.
>
> Solange eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt ist, unterrichtet die Bundesregierung den Deutschen Bundestag regelmäßig mündlich über die Entwicklung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite.“

Hier findet eine unzulässige Auslagerung von Eingriffskompetenzen auf die Weltgesundheitsorganisation als Nichtregierungsorganisation statt. Damit droht die Einflussnahme eines demokratisch nicht legitimierten Rechtssubjektes, welche sich nicht innerhalb der Jurisdiktion von Deutschland befindet und zudem mittlerweile zu etwa 80 % spendenfinanziert ist und damit im Risiko steht, unzulässig beeinflusst zu werden. Nach erheblicher Kritik an der Weltgesundheitsorganisation auch durch den Europarat hat der wissenschaftliche Dienst des Bundestages sich in einem Sachstandsbericht vom 14. März 2019 mit dem Thema befasst, der zu dem Ergebnis kommt, dass sich die WHO zahlreicher Kritik insbesondere durch die Einflussnahme externer Akteure mit erheblichen wirtschaftlichen Interessen ausgesetzt sieht.[22] Der Gefahr einer Fremdbestimmung wird auch nicht dadurch hinreichend begegnet, dass die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite im Ermessen des Bundestages steht („kann“). Denn rein aus Risikoabwägungsgesichtspunkten wird sich der Bundestag mindestens stark gedrängt sehen, eine solche Lage auszurufen, wenn die WHO zu einer derartigen Feststellung kommt.

Hinzu kommt, dass die Begrifflichkeit „Drohen der Einschleppung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland“ viel zu unbestimmt ist. Hier wird die zu unbestimmte Begrifflichkeit „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ durch eine nahezu ebenso zu unbestimmte Begrifflichkeit ohne wesentlichen Zugewinn an Klarheit ersetzt.

[22] WD 2 - 3000 - 013/19.

Gleiches gilt für die zweite Variante des §§ 5 Abs. 1 IfSG (Nr. 2), nämlich das Drohen einer dynamischen Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit über mehrere Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Hierunter lässt sich fast alles subsumieren.

b) Verstoß gegen das Gefüge des Grundgesetzes in Bezug auf die Notstandsverfassung

Das Grundgesetz hat aus guten Gründen die Instrumente eines verfassungsmäßigen Notstandes auf das absolut erforderliche Mindestmaß reduziert (insbesondere den Verteidigungsfall und den Fall des Art. 81 GG). Die Bundesgesetzgeber und Landesgesetzgeber sowie die Verordnungsgeber bedienen sich vorliegend auch nicht dieser Instrumente. Durch die Kumulation von Vielzahl und Tiefe der Eingriffe unterscheidet sich das Handeln gerade der Verordnungsgeber qualitativ indes nicht mehr in ausreichendem Maße von einer Aktivierung einer Notstandsverfassung. Der Punkt, an dem Quantität in Qualität umschlägt, wurde überschritten. So werden weitreichende Eingriffe in Grundrechte bis hin zum „Lockdown“ durch die Exekutive bestimmt. Das Land wird nahezu stillgelegt durch exekutives Handeln. Dies kann von den Vätern des Grundgesetzes so nicht gewollt gewesen sein und widerspricht dem System der Notstandsverfassung des Grundgesetzes. Wo dieser Vorstoß dogmatisch zu verorten ist – bei § 5 Absatz 1 IfSG, bei den §§ 28-32 IfSG, insbesondere § 28a IfSG, bei den jeweiligen Landes-Corona-Verordnungen oder im Zusammenspiel der vorgenannten Normen und Verordnungen, ist nachrangig. Maßgeblich ist, dass das faktische Regime der Grundrechtsbeschränkung derart flächendeckend und tiefgreifend ist, dass es sich nicht mehr mit der grundgesetzlichen Konzeption eines „Regierens ohne Aktivieren einer Notstandsverfassung“ in Einklang bringen lässt.

c) Legitimes Ziel, Zielerreichung, Zielfortfall

Die Vorschriften sind verfassungsrechtlich bereits deshalb nicht mehr tragbar, weil das mit ihnen verfolgte gesetzgeberische Ziel, einer Destabilisierung des gesamten Gesundheitssystems vorzubeugen, bereits erreicht wurde. Es handelt sich daher um einen Fall der Zielerreichung bzw. des Zielfortfalls. Da es sich um Eingriffe in Grundrechte handelt, kann dieser Fall nicht anders behandelt werden, als wenn mit dem Gesetz ein nicht legitimes Ziel verfolgt würde. Cessat ratio, cessat lex – Wo die Gründe weichen, weicht das Gesetz.

Im maßgeblichen Entwurf eines Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 24.3.2020, BT-Drucksache 19/18111, S. 14 lautet die Zielsetzung (Hervorhebung durch Verfasser):

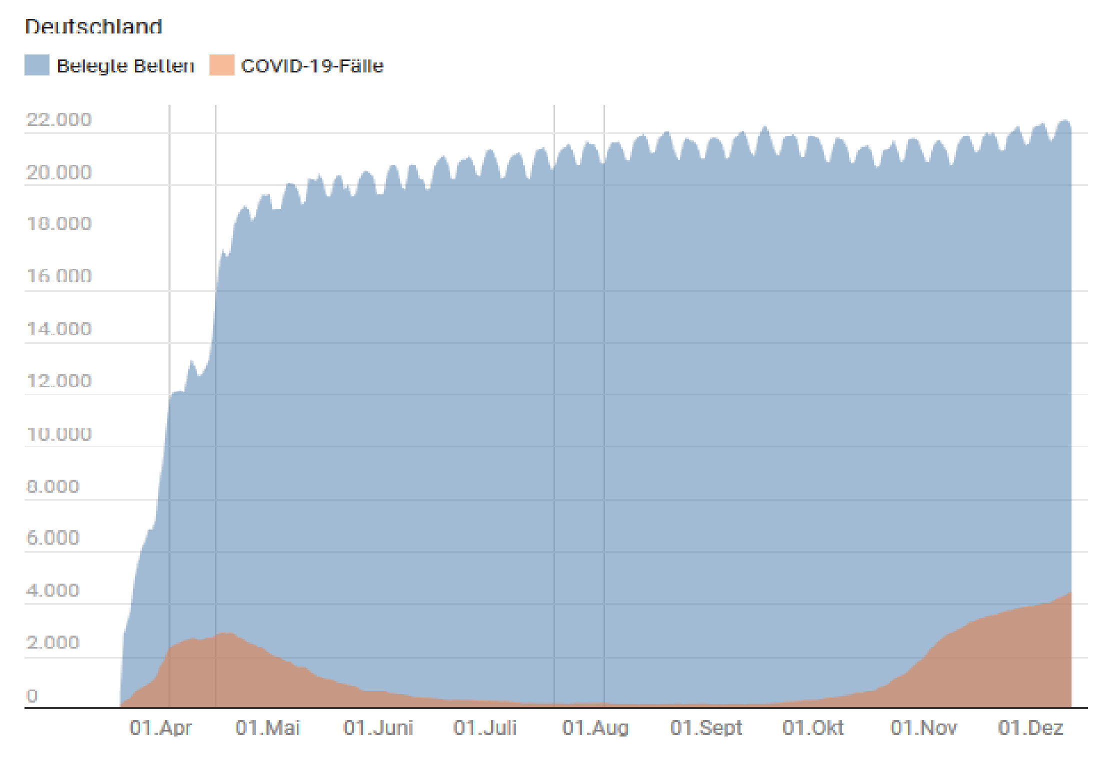
> „I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen
>
> Das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) enthält weitreichende Befugnisse zur Verhütung (§§ 16 ff. IfSG) sowie zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (§§ 24 ff. IfSG). Das

Infektionsschutzgesetz wird im Wesentlichen von den Ländern als eigene Angelegenheit ausgeführt. Die Anordnung von Maßnahmen der Verhütung sowie der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten obliegt den nach Landesrecht zuständigen Behörden. Eine ergänzende Zuständigkeit des Bundes für Maßnahmen der Verhütung und insbesondere der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ist bislang, abgesehen von den Zuständigkeiten des Robert Koch-Instituts, auch für den Krisenfall nicht vorgesehen. In der Normallage reicht diese Kompetenzverteilung aus, um die Ausbreitung eines Krankheitserregers zu verhindern.

Das aktuelle Ausbruchsgeschehen der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Krankheit COVID-19 zeigt, dass im seuchenrechtlichen Notfall das Funktionieren des Gemeinwesens erheblich gefährdet sein kann. In einer sich dynamisch entwickelnden Ausbruchssituation kann für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik durch eine sich grenzüberschreitend ausbreitende übertragbare Krankheit eine erhebliche Gefährdung eintreten, der nur begrenzt auf Landesebene begegnet werden kann. **Aufgrund der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie stellt der Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite fest. Um einer Destabilisierung des gesamten Gesundheitssystems vorzubeugen, muss die Bundesregierung in die Lage versetzt werden, schnell mit schützenden Maßnahmen einzugreifen.** Vor diesem Hintergrund wird das Bundesministerium für Gesundheit u. a. ermächtigt, durch Anordnung oder Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Grundversorgung mit Arzneimitteln, einschließlich Betäubungsmitteln, Medizinprodukten, Labordiagnostik, Hilfsmitteln, Gegenständen der persönlichen Schutzausrüstung und Produkten zur Desinfektion sowie zur Stärkung der personellen Ressourcen im Gesundheitswesen zu treffen. Die Heterogenität der Landesdatenschutz- und Krankenhausgesetze und die Zuständigkeit verschiedener Landesdatenschutzbehörden erschweren und verlangsamen in Folge derzeit länderübergreifende Vorhaben der Versorgungs- und Gesundheitsforschung. Der rasche und zugleich rechtskonforme Zugang zu versorgungsrelevanten Daten ist dabei nicht zuletzt im Kontext aktueller Forschungsvorhaben angesichts der zunehmenden Zahl von COVID-19-Erkrankungen von großer Bedeutung. Die Regelungen sind allerdings auch für die Versorgungs- und Gesundheitsforschung erforderlich, da wissenschaftliche Erkenntnisse, die potenziell Leben retten können, einer klaren und eindeutigen datenschutzrechtlichen Zuständigkeit bedürfen.“

Dieses gesetzgeberische Ziel wurde durch diverse Regierungsmitglieder, unter anderem durch die Bundeskanzlerin und durch den Bundesgesundheitsminister, schlagwortartig als „flatten the curve“ umschrieben. Insbesondere war befürchtet worden, dass es zur sogenannten „Triage“ kommen könnte.

Weder musste in Deutschland von der Triage Gebrauch gemacht werden noch war das Gesundheitssystem insgesamt jemals derart überlastet, dass es solche Grundrechtseingriffe hätte rechtfertigen können. Auch das neuerliche Ansteigen der gemessenen Fallzahlen lässt nicht besorgen, dass es zu einer deutschlandweiten Überlastung des Gesundheitssystems kommt. Es ist nicht zu befürchten, dass die Kapazitäten in den Krankenhäusern, insbesondere bei den Intensivbetten auch mit Beatmungsmöglichkeiten, nicht ausreichen könnten. Bei der Interpretation der Fallzahlen ist zu berücksichtigen, dass im Gegensatz zum Frühjahr etwa dreimal bis viermal so viele Tests durchgeführt werden (gegenwärtig etwa 1 – 1,5 Millionen Tests pro Woche), was naturgemäß zu einem Ansteigen der absoluten gemessenen Fallzahlen führt. Die Positivquote hingegen ist deutlich niedriger als im Frühjahr 2020. Zu keiner Zeit der Hochphase der Pandemie ist Deutschland auch nur annäherungsweise an die Grenzen seiner Kapazität gestoßen, wobei klarzustellen ist, dass die Kapazitäten, welche bereits vor Ausbrechen der Pandemie vorhanden waren, bei Weitem ausgereicht haben. Auch ist nicht ersichtlich, dass das Krankenhauspersonal nicht ausreichen könnte. Vielmehr haben diverse Kliniken ihre Mitarbeiter im Laufe des vergangenen Jahres in Kurzarbeit geschickt. Bei nüchterner und besonnener Betrachtung der tatsächlichen Zahlen ist die nunmehr seit November 2020 wieder einsetzende Hysterie nicht zu erklären. Zur Veranschaulichung sei hier die offizielle Grafik aus dem DIVI-Intensivregister dargestellt, **Stand 12. Dezember 2020**:



Quelle: DIVI-Intensivregister, Stand 12. Dezember 2020

Das Register ist erst mit der Corona-Pandemie eingeführt worden, sodass vollständige Daten erst ab Mai 2020 vorliegen. Bereits aus der Grafik ist sichtbar, dass belegte Betten sich stets in der Größenordnung von etwa 18.000 bis 22.000 bewegt haben.

So waren mitten im „Sommerloch“ des 14. August 2020 auch schon 21.916 Intensiv-Betten belegt. Etwa vier Monate später, zum 12. Dezember 2020 sind 22.156 Intensivbetten belegt, was einem Anstieg von lediglich 1,1 % (sic!) entspricht. Diese Daten sind der offiziellen Statistik entnommen, welche für jeden Tag als PDF-Datei im Tagesreport abrufbar ist. Die Intensivbetten, die auf Covid-19-Patienten entfallen, machen nur einen untergeordneten Anteil von etwa 3.000 bis 4.500 aus. Besonders auffällig – fast schon rätselhaft – ist, dass trotz des ausgewiesenen erheblichen Anstieges von Covid-19-Fällen seit November 2020 die Anzahl der belegten Betten nur unwesentlich steigt, bei weitem nicht in dem Ausmaß, wie die Covid-19-Fälle zunehmen. Es ist fernliegend, dass Menschen, die auf Intensivstationen liegen müssen, plötzlich in einem derartigen Umfang, der sich statistisch relevant ausdrücken könnte, nicht mehr intensivpflichtig sein würden. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der Patienten, bei denen der Zeitpunkt der Operation in einem gewissen Zeitfenster „schiebbar“ ist (elektive Operationen) und die im Anschluss an den Eingriff eine Intensivnachbetreuung in der Regel für nur wenige Tage benötigen. Es steht aber zu vermuten, dass die Patienten, die bislang auf Intensivstationen gelegen haben, nunmehr (gegebenenfalls zusätzlich) einen positiven Test erhalten haben oder – mitunter auch nur zu Abrechnungszwecken – als Covid-19-Verdachtsfall geführt werden. Hierzu gibt es bereits Erklärungsversuche.[23] In jedem Fall droht keine Überlastung des Gesundheitssystems und der Intensivstationen in Gänze mit der Folge, dass in größerem Umfang die Triage angewendet werden müsste, was die nachfolgende Tabelle und die Grafiken zeigen. Die Daten sind unmittelbar den jeweils im PDF-Format vorliegenden Tagesreporten des DIVI-Intensivregisters entnommen, welche als Anlage beigefügt sind.

[23] Vgl. z.B. https://www.nachdenkseiten.de/?p=67419&fbclid=IwAR2zQUWRtIvPpol-QXqiIX1sRR4mojcNDPuqoyQbSnTxGexPjN36fFbhgZQ

DIVI-Tagesreport vom	Kapazität ohne 7-Tage-Reserve	belegte Betten gesamt	davon Covid-19	freie Betten	7-Tage-Reserve	freie Betten inkl. 7-Tage-Reserve
01.07.2020	32.614	21.406	329	11.208	nicht angegeben	11.208
15.07.2020	32.520	21.489	248	11.031	nicht angegeben	11.031
01.08.2020	33.325	21.473	261	11.852	nicht angegeben	11.852
15.08.2020	30.361	21.629	227	8.732	nicht angegeben	8.732
01.09.2020	30.725	21.673	235	9.052	nicht angegeben	9.052
15.09.2020	30.645	21.836	236	8.809	12.271	21.080
01.10.2020	30.538	21.832	362	8.706	12.172	20.878
15.10.2020	30.233	21.514	655	8.719	12.354	21.073
01.11.2020	28.920	20.950	2.061	7.970	12.794	20.764
15.11.2020	28.128	21.229	3.385	6.899	12.195	19.094
01.12.2020	27.611	22.151	3.919	5.460	11.783	17.243
15.12.2020	27.153	22.471	4.735	4.682	11.428	16.110
27.12.2020	26.513	21.367	5.562	5.146	11.023	16.169
Veränderung vom 1.7. zum 27.12.2020	**-6.101**	**-39**	**5.233**	**-6.062**		
	-18,7 %	**-0,18 %**				

Quelle der Rohdaten: https://www.divi.de/register/tagesreport

Die wichtigsten Ableitungen dieser Daten sind folgende:

1. Zweite Spalte: Die Kapazität der Intensivbetten insgesamt wurde vom 1. Juli 2020 bis zum 27. Dezember 2020 von 32.614 auf 26.513 Plätze reduziert, mithin um 6.101 Plätze auf 81,3 %, also um fast ein Fünftel! Wie dies in Zeiten einer erklärten pandemischen Lage von nationaler Tragweite verfassungsrechtlich zu bewerten ist, innerhalb derer das Argument der Knappheit von Intensivbetten-Kapazitäten zur Begründung von massivsten Grundrechtseinschränkungen herangezogen wird, muss das Gericht beurteilen. Ein Blick auf Spalte 5 zeigt, dass die Abnahme der Anzahl an freien Betten in der Größenordnung ziemlich genau mit dem Absinken der Kapazität insgesamt (Spalte 2) korreliert. Da die Anzahl der Gesamtbelegung an Intensivbetten seit Juli 2020 sogar um 39 (= 0,18 %) **gesunken** ist (sic!, Spalte 3), ist das Sinken der Anzahl freier Betten ein hausgemachtes Problem und jedenfalls nicht mit der (nicht vorliegenden) zunehmenden Gesamtbelegung an Intensivbetten zu erklären.

2. Dritte Spalte: Vom 1. Juli 2020 bis zum 27. Dezember 2020 ist die Anzahl der belegten Betten auf deutschen Intensivstationen von 21.406 auf 21.367 Betten **gesunken** (!), mithin um 39 Betten bzw. um 0,18 %. Dieser Befund ist erstaunlich, da der „Lockdown light“ seit November 2020 und der harte Lockdown im Dezember 2020 vor allem damit begründet wurden und werden, dass die Kapazitäten auf den Intensivstationen infolge massiv steigender Belegungszahlen nicht auszureichen drohen.

3. Vierte Spalte: Die Teilgruppe der Covid-19-Patienten dieser vorgenannten belegten Intensiv-Betten ist vom 1. Juli 2020 bis zum 27. Dezember 2020 von 329 auf 5.562 angestiegen, auf fast das Siebzehnfache. Seltsamerweise hatte dieser massive Anstieg keine Auswirkungen auf die Anzahl der belegten Intensiv-Betten insgesamt, wie soeben bereits ausgeführt wurde. Für eine Reduktion der „gewöhnlichen" Intensiv-Patienten gibt es keinerlei Anhaltspunkte, zumal man den Anfall von Intensivpatienten abgesehen von elektiven Operationen kaum steuern kann. Es steht daher zu vermuten, dass Patienten, die ohnehin auf den Intensivstationen liegen, nun auch einen positiven PCR-Test aufgewiesen haben oder aber als Verdachtsfälle geführt werden. Dies ist bereits von daher plausibel, da es hierfür auch einen finanziellen Anreiz gibt, nämlich pro Covid-19-Fall 100 EUR mehr, als für „gewöhnliche" Patienten. So lautet beispielsweise die Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nr. 9 KHEntgG über Vorgaben für Zuschläge nach § 5 Absatz 3i KHEntgG für 2020 (Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung 2020) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln gemeinsam und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin:[24]

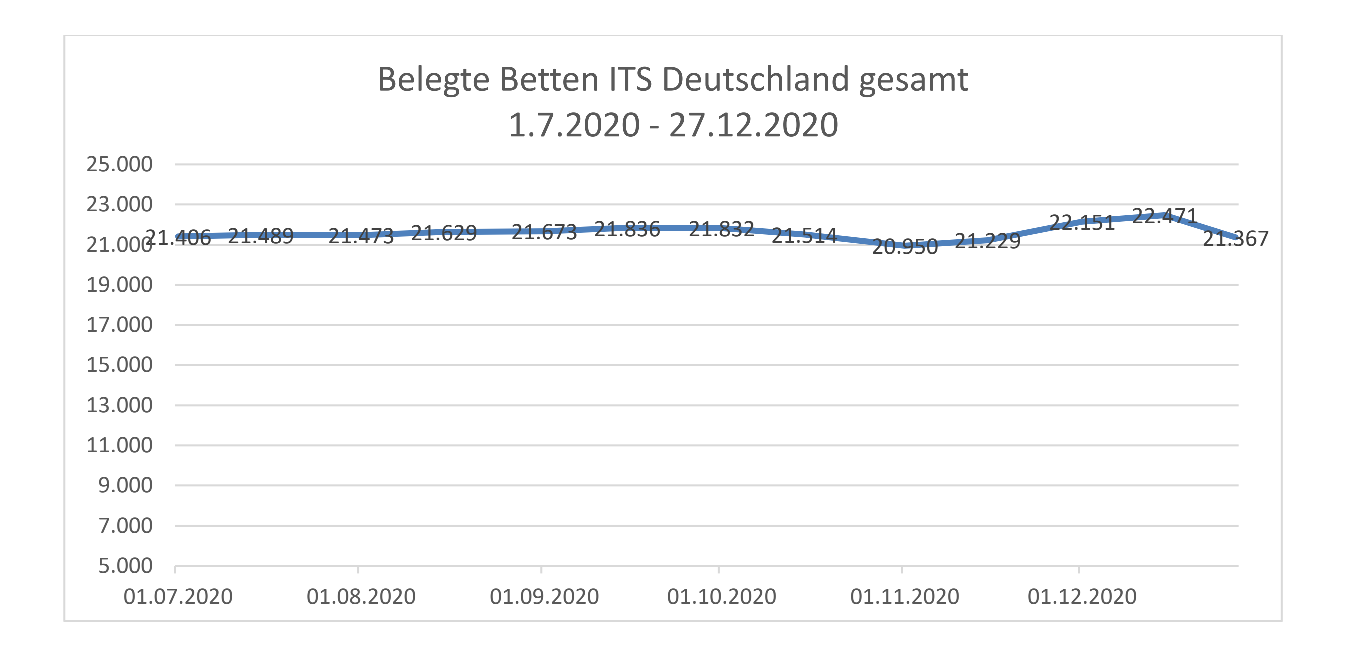
> „§ 2 Höhe der Zuschläge
>
> (1) Zur pauschalen Vergütung von Mehrkosten gemäß § 5 Absatz 3i KHEntgG können zugelassene Krankenhäuser im Anwendungsbereich nach § 1 für jede Patientin und jeden Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus im Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2020 aufgenommenen werden, einen Zuschlag in Höhe von 50,00 Euro abrechnen.
>
> (2) Abweichend von Absatz 1 beträgt der Zuschlag für Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Behandlung eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nachgewiesen und entsprechend mit dem ICD-Kode U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen, kodiert wurde, 100,00 Euro."

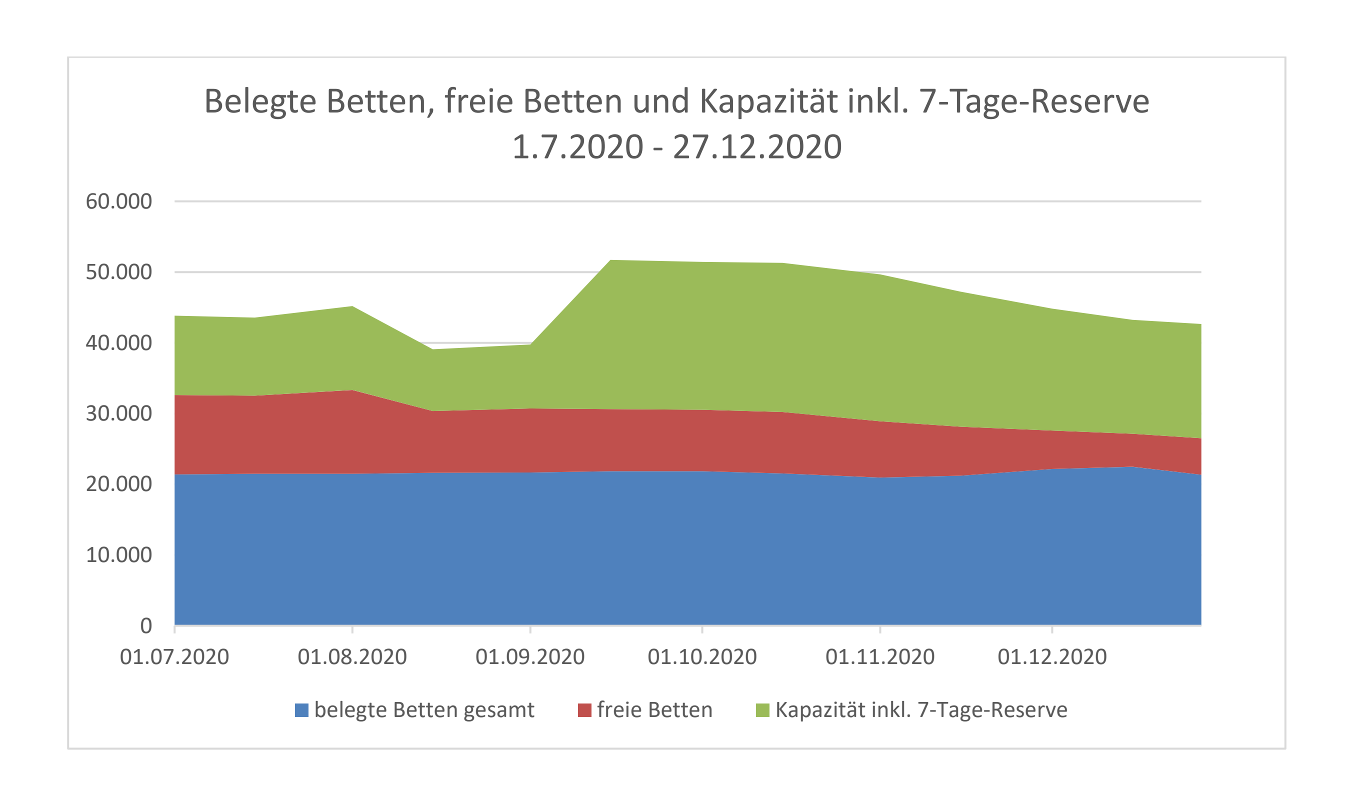
Die Vereinbarung gilt vom 1. Oktober 2020 an für Patienten, die bis zum 31. Dezember 2020 aufgenommen werden. Bemerkenswert ist, dass der Anstieg des Anteils der Covid-19-Patienten erst nach dem 1. Oktober 2020 zu verzeichnen ist, mithin genau in die Zeit des finanziellen Anreizes fällt.

---

[24] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/Vereinbarungnach__9_Absatz_1a_Nr._9_KHEntgG_ueber_Vorgaben_fuer_Zuschlaege_nach__5_Absatz_3i_KHEntgG_fuer_2020_Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung_2020.pdf (zuletzt abgerufen am 14.12.2020).

4. Fünfte Spalte: Die Anzahl der freien Intensivbetten nimmt etwa in der Größenordnung ab, wie auch die Kapazität der Intensivbetten abgebaut wurde, nämlich in der Größenordnung von gut 6.000 Betten (vgl. obige Ausführungen).





Insgesamt ist demnach festzustellen, dass seit Sommer 2020 kein signifikanter Anstieg der Belegung der Intensivstationen in deutschen Krankenhäusern stattgefunden hat. Vielmehr ist zum Stichtag 27.12.2020 sogar eine geringe Abnahme zu verzeichnen.

Soweit vereinzelt gemeldet wird, dass ein Krankenhaus nahe an der Belastungsgrenze sei oder gar keine Intensivpatienten mehr aufnehmen könne, hat dies für das **Gesamtsystem** keine Bedeutung. Denn die regionale Überlastung kann durch angrenzende Regionen oder überregional aufgefangen werden. Hierfür wurde das sogenannte „Kleeblattkonzept" entwickelt, was durchaus angewendet wird. Eine Überlastung einzelner Krankenhäuser oder Regionen hat es in Deutschland bei Grippewellen immer wieder gegeben, ohne dass sich dies als systemisches Problem dargestellt hätte und solche Maßnahmen ergriffen worden wären, wie wir sie gegenwärtig sehen.

Beispielsweise titelte die BILD-Zeitung am 12.03.2018:

> „+++Krankenhäuser überfüllt, selbst Mediziner infiziert+++ Schon 39 Tote+++ Grippe-GAU in ###s Kliniken, Ärzte: „Grippewelle übersteigt alles bisher dagewesene"[25]

Bereits am 19.02.2013 war in der WELT unter der Überschrift „Grippewelle hat Köln fest im Griff" zu lesen: „Bettenknappheit in Kölner Krankenhäusern. Aufgrund der vielen Grippekranken sind die Intensivstationen komplett überfüllt. Zeitweise sind die Krankenhäuser sogar so überlastet, dass sie keine neuen Patienten mehr aufnehmen können. Operationen müssen aufgrund der angespannten Lage verschoben werden."[26]

Und noch kurz vor Beginn der Pandemie, am 11.2.2020 (sic!), machte der Norddeutsche Rundfunk (NDR) in dem Beitrag „Immer mehr Intensivstationen überlastet" auf die katastrophale Lage der Intensivstationen in Bremen und Niedersachsen aufmerksam:[27]

> „[…] Über einen Zeitraum von vier Monaten analysierte der NDR Millionen von Daten, die zwischen Rettungsleitstellen und Intensivstationen in Bremen und Niedersachsen ausgetauscht werden. Sind Intensivstationen bereits voll ausgelastet, stellen sie sich in dem System auf rot, Rettungswagen sollen Patienten nach Möglichkeit in andere Kliniken bringen. Nach den aktuellen Daten hat sich die Lage auf den Intensivstationen in den letzten eineinhalb Jahren deutlich verschärft. Die sieben Kliniken der Stadt Bremen zusammengenommen haben demnach eine Abmeldequote für die Intensivstationen von mittlerweile 66 Prozent. Das bedeutet, dass alle Intensivstationen der sieben

---

[25] https://www.bild.de/regional/###/grippe/grippe-gau-in-###s-kliniken-55075602.bild.html (abgerufen am 17.12.2020).

[26] https://www.welt.de/regionales/koeln/article113760346/Grippewelle-hat-Koeln-fest-im-Griff.html (abgerufen am 17.12.2020).

[27] https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/Immer-mehr-Intensivstationen-ueberlastet-,intensivpflege106.html (abgerufen am 17.12.2020).

Kliniken in Bremen in dem erhobenen Zeitraum von vier Monaten 66 Prozent der Auswertungszeit auf rot standen, also abgemeldet waren.

Region Hannover: Abmeldequote hat deutlich zugenommen

Auch in der Region Hannover hat sich die Situation verschlechtert: So lag hier die Abmeldequote für die chirurgischen Intensivbetten bei inzwischen 32 Prozent, im Bereich der internistischen Intensivbetten bei zusammengerechnet 53 Prozent der Gesamtzeit.

In einer vergleichbaren Analyse aus dem Jahr 2018 waren die Zahlen noch niedriger. Für die Intensivstationen in Bremen hatte Panorama 3 damals eine Abmeldequote von knapp 50 Prozent errechnet. In der Region Hannover lag die Abmeldequote für die chirurgischen Intensivstationen im selben Zeitraum bei rund einem Viertel, im Bereich der internistischen Intensivstationen bei zusammengerechnet über 40 Prozent der Gesamtzeit.

Auch die Dauer der einzelnen Abmeldungen hat im Vergleich zu damals deutlich zugenommen. Standen Intensivstationen Ende 2018 längstens zwei bis drei Tage am Stück auf rot, sind es nun bis zu acht Tage am Stück.

Die Engpässe in den Kliniken führen häufig zu einer Kettenreaktion: Mit jeder Station, die sich abmeldet, erhöht sich das Patientenaufkommen bei den anderen Kliniken. So meldeten sich in Bremen an mehr als jedem dritten Tag alle Intensivstationen der sieben Kliniken gleichzeitig ab, an elf Tagen länger als acht Stunden. An einem Tag in dem Auswertungszeitraum hatten sich sämtliche Bremer Intensivstationen sogar 20 Stunden lang abgemeldet.

[…]

Ein Krankenhaus aus Niedersachsen beschreibt die Situation so: „Es kann zu Bettensperrungen kommen und damit zur Abweisung von Patienten. Der Rettungsdienst muss dann lange Fahrtzeiten in aufnahmebereite Krankenhäuser in Kauf nehmen.“ Die Folgen der angespannten Situation sind neben langen Fahrzeiten auch die Absage von bereits geplanten Operationen, weil Notfälle vorgezogen werden müssen.

Das Bundesgesundheitsministerium weist die Kritik an den Personaluntergrenzen zurück. Diese „stellten ein Mindestmaß dar, um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten nicht zu gefährden“, heißt es aus dem Ministerium. Die Krankenhäuser seien selber in der Pflicht, „für eine gute eine gute Personalausstattung müssen die Krankenhäuser eigenverantwortlich sorgen. Dazu gehört auch, dass sie organisatorische Spielräume nutzen, bevor Betten stillgelegt oder komplette Stationen geschlossen werden.“

Auch gegenwärtig ist die Gesamtlage unter Kontrolle. Hierzu ein Beitrag zur Entwicklung der letzten Tage aus der Welt vom 16.12.2020:[28]

> „In Deutschland gibt es trotz der angespannten Corona-Lage noch Kapazitäten auf den Intensivstationen. Überregionale Verlegungen seien möglich, erklärten am Mittwoch der Verband der deutschen Intensivärzte und das Robert-Koch-Institut (RKI). Das Gesundheitssystem sei stark belastet. „Wir stehen aber derzeit NICHT an dem Punkt, Priorisierungen von Patienten vornehmen zu müssen.“ Zuvor hatte eine Meldung aus Sachsen, dass in einer Klinik nicht mehr alle Patienten hätten behandelt werden können, für Aufsehen gesorgt.
>
> „Ich möchte mit Nachdruck deutlich machen, dass es aktuell noch freie Intensivbetten in Sachsen gibt und Patienten über die Krankenhausleitstellen dementsprechend verteilt werden“, sagte der Koordinator für die Verteilung von Covid-19-Patienten in Sachsen und leitende Oberarzt am Universitätsklinikum ###, Christian Kleber. „Bis heute wurden alle Anfragen bezüglich eines Intensivbettes an die Krankenhausleitstellen erfolgreich bearbeitet und zugewiesen.“
>
> Verlegungen von Patienten innerhalb ganz Deutschlands seien möglich, teilten die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (Divi) und die zuständige Fachgruppe beim RKI weiter mit. Bereits seit Wochen existierten Pläne für den Fall möglicher Überbelastungen einzelner Regionen. Im sogenannten Kleeblattkonzept sei Deutschland in fünf Regionen eingeteilt worden, um Patienten innerhalb dieser zu verlegen.“
>
> „Das Divi-Intensivregister kann differenziert aufzeigen, in welchen weniger belasteten Regionen freie Intensivbetten zur Verfügung stehen“, hieß es weiter. „Durch das Verlegungskonzept können alle schwer kranken Patienten diese Betten auch erreichen.“
>
> Divi-Präsident Uwe Janssens sowie der designierte Präsident Gernot Marx wiesen zudem darauf hin, dass die Kliniken in Deutschland spätestens ab Montag durch die Feiertage keine elektiven Operationen mehr vornähmen. Das sei „ein wichtiger Fakt, der uns Entlastung auf den Intensivstationen verschaffen wird“.

Die vorstehenden Ausführungen zeigen, dass die lokale und regionale Überlastung von Krankenhäusern bereits aus früheren Grippewellen bekannt ist. Diese anstrengende Arbeit konnte bislang durch den sehr anerkennenswerten hohen persönlichen Einsatz der Menschen in den Krankenhäusern und in den

---

[28] https://www.welt.de/politik/deutschland/article222675844/Corona-Intensivmediziner-Haben-noch-Kapazitaeten-auf-Intensivstationen.html (abgerufen am 17.12.2020).

gesundheitlichen Versorgungsstrukturen geleistet werden. Es ist aber kein Umstand ersichtlich, der diesmal zu einer grundlegend anderen Bewertung führen würde und welcher derartige Grundrechtseinschränkungen rechtfertigen würde, wie wir sie gegenwärtig erleben. Dabei dürfte es sinnvoll sein, die Verteilung der Patienten frühzeitig und gleichmäßig vorzunehmen, möglichst noch vor Überweisung von einer normalen Station eines Krankenhauses auf die Intensivstation, sodass man beispielsweise nicht vor dem Problem steht, dass ein bereits beatmeter Patient unter großem Aufwand verlegt werden müsste. Entlastung schafft zudem die Verschiebung elektiver Operationen.

Damit ist die Eingangsthese bestätigt: Das gesetzgeberische Ziel – die Vermeidung der Überlastung des Gesundheitssystems über das bislang gekannte Ausmaß hinaus – wurde erreicht.

Soweit die Bundesregierung im Verlaufe der Pandemie des Jahres 2020 weitere Ziele in der Bekämpfung der Pandemie formuliert hat, sind diese verfassungsrechtlich unbeachtlich. So wurde unter anderem angestrebt, den sogenannten R-Wert unter 1 zu halten oder nur so viele Infektionen zuzulassen, dass die Gesundheitsämter mit der Verfolgung der Einzelfälle nachkommen könnten. Allerdings haben diese Ziele – soweit ersichtlich – niemals Eingang in den Willen des Gesetzgebers, also des Bundesparlaments, gefunden, sondern wurden immer nur – wohl in sachverständiger Beratung mit dem RKI und anderen Sachverständigen – durch die Bundesregierung formuliert. Dies allerdings wird dem Erfordernis des Gesetzesvorbehalts nicht gerecht, da die Bundesregierung lediglich Exekutive ist. Erst mit dem dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung vor einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 wurden in § 28a IfSG die Inzidenzwerte von 35 bzw. 50 Infektionen pro 100.000 Einwohner als Maßstab zur Verhängung von Maßnahmen eingeführt. Allerdings handelt es sich hierbei um willkürliche Größen, die wissenschaftlich keine Grundlage haben.

d) Trotz gesetzgeberischer Einschätzungsprärogative: fehlende Angemessenheit durch grundlegende Gefahrenfehleinschätzung

Da bereits kein exaktes gesetzgeberisches Ziel formuliert ist, lassen sich die Kategorien der Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit auch nicht sauber an diesem Ziel prüfen. Es wird hier jedoch zugunsten der Beschwerdegegnerin der Bundesrepublik Deutschland bei verständiger Würdigung angenommen, dass – ganz allgemein – eine Eindämmung der Pandemie (bzw. lediglich bezogen auf Deutschland: der Epidemie) zum Schutze von Leben und Gesundheit der Menschen angestrebt wird. Aber auch danach erweisen sich die Regelungen in § 5 Abs. 2 und § 5a Abs. 2 Infektionsschutzgesetz auch unter Beachtung der gesetzgeberischen Einschätzungsprärogative jedenfalls zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht mehr als verhältnismäßig.

(1) Die Bemessung eines Einschätzungsspielraums bei Prognosen muss auf die empirischen und normativen Voraussetzungen achten, unter denen die Gesetzgebung stattfindet. Es kann keine einheitliche, die vielfältigen Konstellationen nivellierende Antwort geben, sondern nur differenzierte Lösungen. Welcher Maßstab im konkreten Fall angemessen ist, richtet sich insbesondere nach den Besonderheiten des

Sachverhalts und der Schwierigkeit der Prognose, wobei auch hier eine trennscharfe Abgrenzung kaum möglich ist. Der Prognosespielraum kann nur im Wege einer Gesamtbetrachtung ermittelt werden, die sowohl sachbereichsbezogen ist als auch die zu schützenden Interessen berücksichtigt und dabei das Ausmaß der Objektivierbarkeit und Rationalisierbarkeit der dem Gesetz zu Grunde liegenden Erwartungen nicht außer Acht lässt. Äußere oder vom Gesetzgeber zu vertretende Umstände wie Zeitnot oder unzureichende Beratung sind nicht geeignet, den Prognosespielraum zu erweitern[29] (zum Vorstehenden vgl. BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002 – 2 BvF 1/01 –, BVerfGE 106, 62 – juris Rn. 348 ff.). Der Prognose müssen Sachverhaltsannahmen zu Grunde liegen, die sorgfältig ermittelt sind oder sich jedenfalls im Rahmen der gerichtlichen Prüfung bestätigen lassen. Die Prognose muss sich methodisch auf ein angemessenes Prognoseverfahren stützen lassen, und dieses muss konsequent verfolgt worden sein. Das Prognoseergebnis ist daraufhin zu kontrollieren, ob die die prognostische Einschätzung tragenden Gesichtspunkte mit hinreichender Deutlichkeit offengelegt worden sind oder ihre Offenlegung jedenfalls im Normenkontrollverfahren möglich ist und ob in die Prognose keine sachfremden Erwägungen eingeflossen sind (zum Vorstehenden in Bezug auf Art. 72 GG vgl. BVerfG, a.a.O., 350).

Zudem gilt: Zwar haben der Gesetzgeber und auch die von ihm zum Verordnungserlass ermächtigte Exekutive wenn – wie hier – die Freiheits- und Schutzbedarfe der verschiedenen Grundrechtsträger in unterschiedliche Richtung weisen, nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts einen Spielraum für den Ausgleich dieser widerstreitenden Grundrechte und zudem wegen der im fachwissenschaftlichen Diskurs auftretenden Ungewissheiten und der damit unsicheren Entscheidungsgrundlage auch einen tatsächlicher Einschätzungsspielraum. Allerdings wird dieser Spielraum mit fortschreitender Zeit, unter anderem bei besonders schweren Grundrechtsbelastungen und der zunehmenden Möglichkeit der Erkenntnis geringer (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 13. Mai 2020 – 1 BvR 1021/20 – juris Rn. 10).

Der Prognosespielraum ist jedenfalls dann überschritten, wenn sich aufgrund neuerer Erkenntnisse ergibt, dass der Gesetzgeber bei Normerlass offensichtlich von einer unrichtigen Beurteilungsgrundlage ausgegangen ist (vgl. z.B. BVerfG, Urteil vom 30. Juli 2019 – 2 BvR 1685/14 –, BVerfGE 151, 202-374, juris Rn. 252).

(2) Nach diesen Maßstäben erweisen sich die angegriffenen Normen jedenfalls aus zwei Gründen als unverhältnismäßig:

aa) Der Prognose des Gesetzgebers liegen gerade keine Sachverhaltsannahmen zu Grunde, die sorgfältig ermittelt sind und die sich im Rahmen einer gerichtlichen Prüfung bestätigen lassen könnten. Auch stützt sich die Prognose nicht auf ein methodisch sauberes, wissenschaftlich fundiertes, evidenzbasiertes und

---

[29] Hervorhebungen, auch die folgenden, durch Verfasser.

angemessenes Prognoseverfahren, sondern lediglich auf Vermutungen und Plausibilitäten. Die Gesichtspunkte, welche die prognostische Einschätzung sollten tragen können, sind nicht mit hinreichender Deutlichkeit offen gelegt worden bzw. gar nicht offen gelegt worden bzw. fehlerhaft und manipulativ. Zudem liegt der Verdacht nahe, dass sachfremde Erwägungen eingeflossen sind bzw. dringend notwendige Erwägungen fehlerhaft – bewusst oder unbewusst – unterblieben sind.

Zu Beginn der Pandemie waren die Gesetzgeber weltweit und auch der bundesdeutsche Gesetzgeber nachvollziehbar vor allem getrieben durch die Bilder aus China, Norditalien, Spanien und New York. Saubere wissenschaftliche Befunde waren lediglich in den Anfängen vorhanden und ließen noch keine sicheren Schlussfolgerungen zu, sodass auch sehr bedrohliche Szenarien mit mehreren 100.000 oder gar Millionen Toten allein in Deutschland möglich schienen. In einer solchen Situation – der Gefahr bei noch unklarer Tatsachenlage – ist dem Gesetzgeber ein weiter Beurteilungsspielraum gegeben. Dieser verengt sich aber mit zunehmender Erkenntnis aber auch mit unterlassener Erkenntnismöglichkeit.

Zu Beginn der Pandemie stützte sich die Bundesregierung unter anderem auf die alarmierenden Zahlen des sogenannten Reports 9 von Ferguson u.a. vom 16. März 2020.[30] Dieser ging für den Fall des Nichthandelns von exorbitant hohen Todesraten aus. So sagte er für Großbritannien 510.000 Todesfälle und für die USA 2,2 Millionen Tote voraus.

Bereits in den ersten Wochen der Forschung auch in Deutschland zeichnete sich jedoch ab, dass das Virus nicht derart gefährlich war, wie zunächst angenommen. Die erste und in dieser Form bislang einzige Studie wurde von Prof. Dr. Streeck aus Bonn durchgeführt (die sogenannte Heinsberg-Studie). Diese kam bereits am 9. April 2020 zu dem Ergebnis einer Letalität/Mortalität (Fallsterblichkeit) im Bereich von 0,37 %.[31] Von führenden Epidemiologen empfohlene stichprobenartige Studien zur Feststellung der Verbreitung des Virus und hieraus ableitbar Mortalität wurden damals durch das Robert Koch-Institut (RKI) abgelehnt. In diesem Zusammenhang ist auch anzumerken, dass Prof. Dr. Streeck mit dem RKI vor Beginn seiner Arbeit Kontakt aufgenommen hatte, da er davon ausging, das RKI würde im Landkreis Heinsberg eine derartige Studie aufgrund der nationalen Bedeutung durchführen wollen. Das RKI lehnte allerdings ab unter Verweis darauf, dass man selbst keine Studien durchführe.

---

[30] Neil M. Ferguson, Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand; https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-03-16-COVID19-Report-9.pdf (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[31] https://www.land.nrw/sites/default/files/asset/document/zwischenergebnis_covid19_case_study_gangelt_0.pdf (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

Beweis zum Vorstehenden: Zeugnis und sachverständiges Gutachten des Prof. Dr. Streeck, Universitätsklinikum Bonn (AöR), Venusberg-Campus 1, Gebäude 63, 53127 Bonn

Das RKI als Bundesoberbehörde und durch das Infektionsschutzgesetz in § 4 IfSG vom Gesetzgeber als maßgeblich berufene Instanz zur Bewertung der Gefahr hat demnach eine ganz maßgebliche Chance zur Erfüllung seiner Aufgaben nicht wahrgenommen. Es sollte noch mehrere Monate dauern, bis derartige Studien auch unter Berücksichtigung von Antikörpern vom RKI immerhin begonnen wurden. Gerade mit Blick auf die massiven Grundrechtseingriffe und die zum damaligen Zeitpunkt angenommene exorbitant hohe Gefahr ist dies ein unvertretbares Verhalten des RKI und damit der Bundesregierung. In die Kategorie Verzögerung der Aufklärung fällt im Übrigen auch die ausdrückliche Empfehlung des RKI, keine Obduktionen bei Covid-19-Toten vorzunehmen. Wie allgemein bekannt, widersetzte sich der Hamburger Rechtsmediziner Professor Dr. Püschel dieser Empfehlung, was eine erhebliche Aufklärung dahin brachte, dass sämtliche der von ihm obduzierten Verstorbenen erhebliche Vorerkrankungen hatten. Zudem wurde eine weitere wichtige Erkenntnis offenbar: Die Erkrankung kann tödliche Thrombosen und Embolien verursachen, denen man – allgemein bekannt – sehr einfach und wirkungsvoll mit blutverdünnenden Mitteln (insbesondere Heparin) in der Therapie entgegenwirken kann.

Beweis zum Vorstehenden: sachverständiges Gutachten des Prof. Dr. Püschel, UKE Hamburg, Butenfeld 34, 22529 Hamburg

Stattdessen wählte das Robert Koch-Institut einen Weg, der in Zeiten der Gefahr, die längerfristig droht, eine aus medizinischer Sicht mit Blick auf die psychische Gesundheit der Gesamtbevölkerung äußerst fragwürdige Veröffentlichungspraxis auf seiner Homepage. Offen sichtbar aufbereitet für die Bevölkerung waren und sind neben dem mittlerweile allgemein bekannten R-Wert vor allem die täglichen und wöchentlichen Neuinfektionen (was ein fehlerhafter Begriff ist, da es sich lediglich um positive PCR-Tests handelt), Todesfälle, wobei hier keine Kausalität zur Infektion erforderlich ist und die aufsummierten Infektionen und Todesfälle. Dabei ist jedem Epidemiologen bewusst, dass derartige Zahlen für sich genommen nicht aussagekräftig sind. Es fehlen wesentliche weitere Werte, nämlich, wie oft getestet wurde und die hieraus abzuleitende sogenannte Positivrate. Nur so kann man gerade bei massiv variierenden Testzahlen die Werte ins Verhältnis setzen und ein seriöses Ergebnis erzielen und veröffentlichen, was dem Mindestmaß an wissenschaftlichen Standards genügt und auch eine ehrliche und seriöse Aufklärung der Bevölkerung darstellt. Warum das Robert Koch-Institut so vorgegangen ist und immer noch tut, trotz des Umstandes, dass die großen Medien nahezu ausschließlich die so dargestellten Werte in breitem Umfang veröffentlichen und es so zu einer verzerrten Wahrnehmung des Gefahrenpotenzials in der Bevölkerung kommt, ist nicht ersichtlich. Es steht jedoch fest, dass dies erheblich dazu beigetragen hat, dass die Menschen in große Angst versetzt wurden. Beispielsweise berichtete der Leiter der Berliner Rechtsmedizin der Charité Prof. Dr. Tsokos im September 2020, es gäbe kaum noch zu obduzierende Todesfälle betreffend Covid-19. Vielmehr hätte man in der Praxis eine Vielzahl von Menschen, die aufgrund der übermäßigen Angst sich in ihrer Wohnung mit Astronautennahrung verschanzt hätten und seit dem Lockdown im Frühjahr nicht mehr vor die Tür gegangen

seien. Diese würden in der eigenen verwahrlosten Wohnung teils mit Gasmaske vor dem Mund tot aufgefunden.[32] Wörtlich berichtete er in Sendung "NDR Talk Show" vom 2. Oktober 2020 ab ca. Minute drei:

> „Wir haben natürlich jetzt auch als Rechtsmediziner viel weniger Covid-19-Tote, sondern viel mehr die Kollateralschäden, die wir jetzt sehen. Allein letzte Woche habe ich mehrfach Menschen obduziert, die seit dem Lockdown nie wieder aus ihrer Wohnung raus sind, die da wirklich jetzt hochgradig fäulnisverändert in Messie-Wohnungen lagen, mit Gasmasken, mit Astronautennahrung, also fast schon preppermäßig vorbereitet, die auch keiner vermisst hat. Und das sehen wir jetzt ganz viel, dass Wohnungen aufgemacht werden und da werden eben hochgradig fäulnisveränderte Leichen gefunden von Menschen, die nicht ins Krankenhaus gegangen sind, weil ihnen eben aufgrund der ganzen Drohszenarien, die aufgemacht wurden, die Angst überwog rauszugehen. Also da sehen wir schon ganz andere Bilder.“[33]

Beweis zum Vorstehenden: Zeugnis und sachverständiges Gutachten des Prof. Dr. Tsokos, Institut für Rechtsmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Turmstraße 21 (Haus L), 10559 Berlin

Diese teils fehlerhaften und verzerrenden Tatsachen und darauf aufbauenden notwendigerweise ebenso fehlerhaften Prognosen führten und führen allem Anschein nach zu dem überzogenen Handeln der Bundesregierung, des Bundestages und -rates und der Landesregierungen. Dabei lassen insbesondere die seither ergangenen Bundesgesetze und Bundesverordnungen, allen voran das erste Bevölkerungsschutzgesetz, die Benennung oben aufgeführten erforderlichen klaren Tatsachen vermissen, die Grundlage der Prognosen sein könnten, welche die historisch einschneidenden Maßnahmen, die wir seit März 2020 in Deutschland sehen, rechtfertigen könnten. Die Gesetzesmaterialien und Gesetzesbegründungen verweisen lediglich pauschal auf die hohe Gefahr für Leib und Leben der Bevölkerung, die durch das Virus verursacht wird, weshalb andere Grundrechte zurücktreten müssten. Eine konkrete Benennung der bislang wissenschaftlich belegten Tatsachen zur Begründung der Gefahrenprognose und die Darlegung der Prognoseberechnung findet nicht statt. Demzufolge kann dies auch nicht gerichtlich überprüft werden. Ferner findet auch keine wahrhaftige Abwägung mit anderen Rechtsgütern, die grundrechtlich

---

[32] Zum Vorstehenden https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=22&s=die&typ=4&fid=137858 (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[33] https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/ndr_talk_show/Forensiker-Michael-Tsokos-schreibt-nebenbei-Thriller/ (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

geschützt sind, statt. Derartige Rechtsgüter werden kaum einmal benannt, geschweige denn in irgendeiner Form quantifiziert oder gewichtet. Auch wurde und wird nicht in den Blick genommen, dass die massiven Maßnahmen ihrerseits zu nicht nur wirtschaftlichen, sondern auch gesundheitlichen Schäden und sogar zum Tode führen. Beispielsweise ist in den USA bekannt, dass eine Steigerung der Arbeitslosigkeit von einem Prozentpunkt zu einer Steigerung der Suizidrate in gleicher Höhe führt.[34] Dieser Wert ist auf Deutschland wegen der besseren Absicherung zwar nicht eins zu eins übertragbar, in der Tendenz allerdings schon. Ferner werden notwendige Operationen und Vorsorgeuntersuchungen verschoben, insbesondere bei Krebspatienten. Menschen gehen aus Angst vor Ansteckung nicht mehr ins Krankenhaus oder in die Notaufnahme, was ebenso zu nicht unerheblichen Todeszahlen führt.

Am 3. bzw. 14. September 2020 habe ich sowohl bei dem Bundeskanzleramt als auch beim Bundesgesundheitsministerium unter anderem dahingehend eine Anfrage gestellt, ob derartige Folgeschäden/Kollateralschäden bei Erlass der Gesetze mit in den Blick genommen wurden und wie sie abgewogen worden sind. Bis zum heutigen Tage wurden meine diesbezüglichen Anträge auf Akteneinsicht nach dem Informationsfreiheitsgesetz trotz mehrfacher Nachfragen nicht beschieden.

Dass gerade auch die gesundheitlichen Folgen der Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung nicht oder nicht ausreichend in den Blick genommen wurden, zeigt im Übrigen auch der Fall des Oberregierungsrates des Bundesinnenministeriums Stephan Kohn, stellvertretender Referatsleiter im Referat KM 4, Schutz kritischer Infrastrukturen. Dieser hatte festgestellt, dass in seinem Haus – und wohl auch durch die Bundesregierung insgesamt – derartige Bewertungen in keiner Form, jedenfalls nicht unter Zuhilfenahme von medizinischem, psychiatrischem, psychologischem und gesellschaftlichem Sachverstand vorgenommen worden sind und hat dies „auf eigene Faust" in Auftrag gegeben. Die hierzu angehörten 10 anerkannten Experten – darunter auch Prof. Dr. Peter Schirmacher, Direktor des Pathologischen Instituts des Universitätsklinikums Heidelberg und Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina – haben jeweils bedeutsame Stellungnahmen abgegeben. Als Ergebnis seiner Recherchen hat er ein Papier von 83 Seiten verfasst.[35] Hierin kommt er, beraten durch hohe Sachverständigenkompetenz, nachvollziehbar zu dem Ergebnis, dass die Gefahr des Virus durch die Regierungen in Deutschland bei weitem überschätzt worden sei und es sich um einen Fehlalarm handele. Die Maßnahmen zur Eindämmung des Virus kosteten deutlich mehr Menschenleben, als durch das Virus selbst verursacht würden.

---

[34] https://de.wikipedia.org/wiki/John_Ioannidis#Standpunkte_zur_COVID-19-Pandemie (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[35] https://www.tichyseinblick.de/wp-content/uploads/2020/05/Corona-Ma%C3%9Fnahmenbewertung.pdf (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

Diese Warnung ist keineswegs aus der Luft gegriffen. So warnte mit Blick auf die Entwicklungshilfe auch Bundesentwicklungsminister Gerd Müller am 23. September 2020 vor den Kollateralschäden im Kampf gegen Corona:[36]

> „An den Folgen der Lockdowns werden weit mehr Menschen sterben als am Virus", sagte Müller im Interview mit dem „Handelsblatt". „Allein auf dem afrikanischen Kontinent rechnen wir dieses Jahr mit zusätzlich 400.000 Malaria-Toten und HIV-Opfern sowie einer halben Million mehr, die an Tuberkulose sterben werden." Die Pandemie habe auch „eine der größten Armuts- und Hungerkrisen ausgelöst". Als Gründe nannte er mangelnde Versorgung mit Lebensmitteln und Medikamenten sowie unzureichende Hilfen des Westens. Die Industrieländer konzentrierten sich so sehr auf die Corona-Bekämpfung zu Hause, dass sie andere Probleme aus dem Blick verlören. „Europa hat zur Stützung der eigenen Wirtschaft Programme in Höhe von rund zwei Billionen Euro beschlossen", sagte Müller laut Vorabbericht. „Für Afrika ist kein Euro zusätzlich an Unterstützung geplant. Das wird uns einholen."

Zurück zum Papier von Stephan Kohn: Es ist sehr lesenswert und mit großer Sorgfalt verfasst. Ich rege ausdrücklich an, es zu lesen. Es öffnet den Blick in eine andere Richtung, die gegenwärtig zumeist auch unter erheblichem medialem Druck ausgeblendet wird. Menschen, die eine andere Meinung zum Gefahrenpotenzial des Virus vertreten, werden nicht mit ihren Argumenten gehört, sondern persönlich angegriffen, diffamiert und in eine Ecke mit Verrückten, Idioten (vgl. z.B. den Begriff „Covidioten" von Saskia Esken), Verschwörungstheoretikern und Rechtsradikalen gestellt. Das hat nichts mit Demokratie und Meinungsfreiheit und erst recht nicht mit einer offenen, pluralistischen Debatte und Suche nach den besten Möglichkeiten zur Bewältigung der Krise zu tun.

Das Bundesinnenministerium hat nach Bekanntwerden des Vorfalls Stephan Kohn suspendiert und auch die nach wie vor zur Verfügung stehende Bewertung der skizzierten Problematik der zehn zu Rate gezogenen Wissenschaftler abgelehnt. Es hat sich daher ganz bewusst einer bedeutsamen Erkenntnisquelle verschlossen.

Beweis zum Vorstehenden: Stephan Kohn, zu laden über das Bundesinnenministerium

Es ist demnach festzustellen: Bei Normerlass hat der Gesetzgeber die Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit der Menschen, welche unmittelbar durch eine Erkrankung infolge des Virus betroffen sein können und auch der staatlichen Schutzpflicht unterliegen, einseitig gewichtet und die weiteren Folgen seines

[36] https://de.reuters.com/article/afrika-virus-m-ller-idDEKCN26E0MN (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

Handelns im Hinblick auf dieselben Grundrechte sowie die übrigen Grundrechte jedenfalls nicht ausreichend in den Blick genommen und dagegen abgewogen. In den Gesetzesmaterialien und in den Verlautbarungen der Regierungsmitglieder von Bund und Land finden sich – wenn überhaupt – nur marginale Ausführungen zu Art und Umfang der Beeinträchtigungen anderer Grundrechte, wie sie hier gerügt werden; jedenfalls – so wird regelmäßig pauschal eingewandt – hätten diese gegenüber dem Recht auf Leben zurückzutreten. Dies ist indes fehlerhaft, da es einen solchen Vorrang des Lebens vor allen anderen Grundrechten in dieser Pauschalisierung nach dem Grundgesetz nicht gibt. Zwar handelt es sich bei dem Leben zweifellos um ein sehr wichtiges Verfassungsgut, doch auch dieses unterliegt dem Gesetzesvorbehalt nach Art. 2 Abs. 2 Satz 3 GG, was bedeutet, dass es in die Abwägung mit anderen Rechtsgütern eingestellt werden kann (vgl. Kersten/Rixen, Der Verfassungsstaat in der Corona-Krise, 1. Auflage 2020, IV.1. Rn. 47).

Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass ein Abwägungsprozess zwischen den geschützten und beeinträchtigten grundrechtlich verbrieften Rechtsgütern nicht bzw. nicht in ausreichendem Maße stattgefunden hat. Würde es sich hierbei um ein Handeln der Verwaltung handeln, spräche man von einem sogenannten Ermessensausfall, jedenfalls von einem Abwägungsdefizit, was die Rechtswidrigkeit der Maßnahme zur Folge hätte. Auch wenn diese Kategorien nicht für das Verfassungsrecht entwickelt worden sind, ist eine solche Sorgfalt vom Gesetzgeber dennoch erst recht einzufordern. Dies folgt bereits aus einem argumentum a minori ad maius: Wenn dieser Maßstab bereits auf tieferer Rechtsebene und nur bezüglich einzelner von einem Verwaltungsakt betroffener Bürger gilt, so muss er erst recht für die höchste Rechtsebene des Gesetzes, der sogar alle Menschen des Staates unterworfen sind, gefordert werden. Gesetzgeberisches Handeln hat für eine viel größere Anzahl von Menschen Auswirkungen, die regelmäßig weiter in Grundrechte eingreifen. Zudem hat der Gesetzgeber deutlich mehr Know-how, Zeit und Expertise, um die Auswirkungen seines Handelns genauer abschätzen zu können. Es wäre unverständlich, wenn so einfache Anforderungen, die an jeden Mitarbeiter der öffentlichen Hand, welcher Verwaltungsakte erlässt, gestellt werden, nicht auch zumindest dem Grunde nach von einem Parlament erfüllt werden müssten.

Die Rechtswidrigkeit der gerügten Normen folgt auch aus einer Anleihe beim Strafprozessrecht. Ein Strafurteil hält der revisionsrechtlichen Überprüfung nur dann stand, wenn das Gericht seiner Pflicht zur Amtsaufklärung in ausreichendem Maße nachgekommen ist. Bei Fragen, die nur unter Zuhilfenahme von Sachverständigen für bestimmte Fachgebiete beantwortet werden können, beispielsweise psychiatrische Erkrankungen und hieran anknüpfende Prognosen an die zukünftige Gefährlichkeit, muss das Gericht im Urteil die Anknüpfungstatsachen mitteilen und die gutachterlichen Erwägungen auch für das Revisionsgericht nachvollziehbar darlegen, so dass das Urteil einer Überprüfung zugänglich ist. Andernfalls hat das Urteil keinen Bestand. Auch hier gilt: Wenn bereits für eine einzelne Person wie den Angeklagten ein derart hoher Begründungsmaßstab (zu Recht) einzufordern ist, muss dies erst recht gelten, wenn solch einschneidende Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung in historischem Ausmaß vorgenommen werden. Im Übrigen ist die Einhaltung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes auch nur überprüfbar, wenn erkennbar ist, welches

gesetzgeberische Ziel verfolgt wird und dass dieses Ziel nicht womöglich (nur) deshalb auf die gesetzgeberische Agenda gekommen ist, weil eine fehlerhafte Gefahrenprognose vorgenommen wurde.

bb) Auch unter Beachtung der erheblichen gesetzgeberischen Einschätzungsprärogative stellen sich die umfangreichen Regelungen jedenfalls jetzt nicht mehr als angemessen dar, da sie auf einer grundlegenden Verkennung und Überschätzung der Gefahrenlage beruhen. Zum Zeitpunkt des Erlasses war die Gefährlichkeit des Virus noch unklar, was weitreichende Grundrechtseingriffe gerechtfertigt hat. Die umfangreichen Forschungen und Studien zur Gefährlichkeit des Virus zeigen nunmehr aber, dass wir es mit einer Gefährlichkeit des SARS-CoV-2-Virus im Bereich der Influenza („Grippe“) zu tun haben. Im Einzelnen:

Das Coronavirus ist keinesfalls so tödlich, wie der Bundesgesetzgeber und die Landesgesetzgeber zum Zeitpunkt des Erlasses der jeweiligen Gesetze und Verordnungen, insbesondere im Frühjahr 2020, angenommen hatten. Damals ist man entsprechend der WHO von einer Fallsterblichkeit in der Größenordnung von etwa 3,4 % ausgegangen,[37] mithin das **26-fache (sic!)** des gegenwärtigen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnis! **Anders formuliert: Die tatsächliche Sterblichkeit liegt nur bei 3,6 % der ehemals fälschlich angenommenen Sterblichkeit.** Auch gegenwärtig weisen die Statistiken den großen Fehler auf, dass die Dunkelziffer der Infizierten nicht mit eingerechnet wird. So werden bei statista.com zum Stichtag 20. November 2020 abstrus überhöhte, wissenschaftlich nicht haltbare Sterblichkeitsraten präsentiert, an denen sich die Medien und auch die deutschen Gesetzgeber orientieren: Deutschland 1,53 %, Italien 3,66 %, Frankreich 2,21 %, Mexiko gar 9,82 %, weltweit 2,39 %.[38]

Im Einzelnen ist zu den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen wie folgt auszuführen:

aaa) Metastudie von Prof. John Ioannidis (Stanford University) vom 14. Oktober 2020

Eine Fallsterblichkeit weltweit von **0,23** % im Median belegt eindrucksvoll die bislang größte hierzu durchgeführte Studie vom 14. Oktober 2020 mit dem Namen „Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data“, welche im Bulletin der WHO im Oktober 2020 veröffentlicht wurde.[39] Sie stammt von dem renommierten Mediziner, Epidemiologen und Statistiker Prof. John Ioannidis (Stanford), Professor für Medizin und Professor für Epidemiologie und Bevölkerungsgesundheit. Er gehört heute zu den zehn

[37] https://www.heise.de/newsticker/meldung/Zahlen-bitte-3-4-Coronavirus-Fallsterblichkeit-False-Number-4679338.html (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[38] https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1103785/umfrage/mortalitaetsrate-des-coronavirus-nach-laendern/#professional (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[39] https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

meistzitierten Wissenschaftlern der Welt.[40] Es handelt sich dabei um eine Metastudie, welche durchgeführte Studien auf der ganzen Welt einbezieht. Analysiert wurden darin 61 Studien und 8 nationale Schätzungen für 51 Regionen und Länder. Es handelt sich weltweit um die bislang aussagekräftigste Studie zur Verbreitung und zur Mortalität von Covid-19.

Florian Rötzer wertet die Studie wie folgt aus:[41]

> „Nach einer im Bulletin der WHO veröffentlichten Metastudie liegt die Infektionssterblichkeit im Median bei nur 0,23 Prozent, sie fällt aber regional sehr unterschiedlich aus.
>
> Danach gäbe es eine große Spanne der Seroprävalenz zwischen 0,02 und 53,4 Prozent, also zwischen keinen vorhandenen Antikörpern und der Hälfte der Bevölkerung, die mit dem Coronavirus infiziert war. Das spiegelt sich dann auch in der Infektionssterblichkeit, die zwischen 0 und 1,54 Prozent variiert. Der Median liegt bei 0,23 Prozent, aber es gibt große regionale Unterschiede, die mit dem Median nicht mehr zur Geltung kommen.
>
> Wo die Mortalität unter dem globalen Durchschnitt liegt (118 Tode pro Million), ist die Infektionssterblichkeit mit 0,09 Prozent sehr gering. Sie steigt auf 0,2 Prozent in Regionen mit 118-500 Toten pro Million, was etwa dem Doppelten einer Grippewelle mit einer geschätzten IFR von 0,1 entspricht. In einer Region, in der es mehr als 500 Tote pro einer Million gibt, steigt die IFR schon auf 0,57 Prozent an. Bei Menschen unter 70 Jahren beträgt die IFR zwischen 0 und 0,31 Prozent, woraus Ioannidis einen Median von 0,05 Prozent berechnet, was aber wieder die Unterschiede des Risikos für Regionen/ Bevölkerungsgruppen nicht berücksichtigt. Ioannidis konstatiert: Die Infektionssterblichkeitsrate von Covid-19 kann substantiell in verschiedenen Regionen variieren, das kann Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung, einer Fallmischung aus infizierten und verstorbenen Patienten und andere Faktoren widerspiegeln. Die abgeleiteten Infektionssterblichkeitsraten tendieren dazu, viel niedriger als die Schätzungen zu sein, die früher gemacht wurden.
>
> Die Mortalität hängt also von der Region und mitunter auch von Stadtteilen ab - in Asien und Afrika ist sie deutlich niedriger als in Europa, Lateinamerika und den USA - und vom Alter,

---

[40] https://www.einsteinfoundation.de/medien/einstein-fragebogen/john-ioannidis/ (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[41] https://www.heise.de/tp/features/Ioannidis-Mehr-als-500-Millionen-sollen-bereits-mit-Covid-19-infiziert-gewesen-sein-4938011.html (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

aber auch von der Verfasstheit und den Praktiken des jeweiligen Gesundheitssystems, beispielsweise alte Menschen in Pflegeheime zu schicken. Menschen in Risikogebieten, die einer erhöhten Infektionssterblichkeit ausgesetzt sind, dürften kaum beruhigt sein, wenn die durchschnittliche globale Mortalität ähnlich oder geringer als eine Grippewelle ist.

Ioannidis weist selbst darauf hin, dass die von ihm analysierten Studien schwer vergleichbar sind und auch die Frage der tatsächlichen Repräsentativität besteht. Besonders gefährdete Gruppen wie die Alten in Pflegeheimen, Obdachlose, Gefängnisinsassen oder benachteiligte Minderheiten werden kaum einbezogen. Dazu kommt, dass mitunter nur eine sehr grobe Abschätzung stattfindet, beispielsweise schreibt er: " Whenever the number or proportion of COVID-19 deaths at age < 70 years was not provided in the paper, I retrieved the proportion of these deaths from situation reports of the relevant location. If I could not find this information for the specific location, I used a larger geographic area. For Brazil, the closest information that I found was from a news report.77 For Croatia, I retrieved data on age for 45/103 deaths through Wikipedia."

Nur 24 Studien erhoben überhaupt Anspruch auf Repräsentativität. Es wurden aber auch mehr Untersuchungen in Regionen/Ländern gemacht, in denen Covid-19 stärker gewütet hat: "Estimating a single infection fatality rate value for a whole country or state can be misleading, when there is often huge variation in the population mixing patterns and pockets of high or low mortality." Dazu kommt, dass nur wenige Studien alle drei Antikörper IgG, IgM und IgA untersucht haben.

Daraus eine Schätzung der Menschen abzuleiten, die bereits von Covid-19 infiziert wurden, ist schwierig. Die Seroprävalenz reicht denn auch von 0,002 bis 53,4 Prozent, im Slum von Mumbai bis 58 Prozent, in Brasilien von 0 bis 25 Prozent. Es kommt halt immer darauf an, wo und wer getestet wird. Und nicht jeder Infizierte entwickelt Antikörper, die überdies auch schnell wieder verschwinden können. Asymptomatisch Infizierte entwickeln keine oder nur wenige, schnell wieder verschwindende Antikörper. In den Untersuchungen wurden oft nur wenige Proben relativ zur Bevölkerung genommen, in Oise, Frankreich, beispielsweise 661 bei einer Bevölkerung von fast 6 Millionen, in New York waren es 2482 auf 9,2 Millionen Einwohner.

In Gangelt, einem Hotspot mit 12.597 Einwohnern nach einer Karnevalsveranstaltung im Februar, wurde bei einer repräsentativen Stichprobe eine Seroprävalenz von 15,5 Prozent (12,3 % bis 19,0 %) der Bevölkerung festgestellt. Das entspricht 1956 Personen. Die "Heinsberg-Studie" unter der Leitung von Prof. Dr. Hendrik Streeck von der Universität Bonn bestätigt die Ergebnisse von Ioannidis. Die IFR lag mit 7 Gestorbenen bei 0,37 Prozent. 20 Prozent der Einwohner könnten sich während des Ausbruchs infiziert haben. Würde man diese Zahl auf

die Gesamtbevölkerung Deutschlands hochrechnen, hätte dies Anfang Mai bedeutet, dass zehnmal mehr Menschen infiziert als offiziell gemeldet waren. Aber es macht keinen Sinn, die Zahlen eines Hotspots auf das ganze Land umzulegen.

Trotz all dieser Einschränkungen geht Ioannidis davon aus, dass bis 12. September über 500 Millionen Menschen infiziert worden sein könnten, "weit mehr als die 29 Millionen positiv Getesteten".

In Deutschland gäbe es danach statt der 400.000 laborbestätigten COVID-19-Fälle um die 4 Millionen (was auch noch von einer Herdenimmunität weit entfernt wäre). Wenn wöchentlich in Deutschland etwa eine Million Menschen getestet werden, weiß man eben über die restlichen 81 Millionen nichts, weswegen die 7-Tage-Inzidienz von positiv Getesteten auf 100.000 Einwohner im Unterschied etwa zu den Todesfällen pro 100.000 Einwohner nur einen ungefähren Trend erkennen lässt. Er wird allerdings gespiegelt mit der Zunahme der Positivenrate bei den SARS-CoV-2-Testungen, deren Zahl seit 34. Woche zwar schwankt, aber in kleinerem Ausmaß. In der 34. Kalenderwoche lag die Positivenrate in Deutschland bei 0,84 Prozent, in der 42. Woche ist sie auf 3,62 angestiegen, also um mehr als das Vierfache.

In den meisten Regionen, so Ioannidis, gäbe es nur eine Infektionssterblichkeit von weniger als 0,2 Prozent. Daraus leitet er seine Empfehlung ab, dass mit "geeigneten, präzisen nicht-pharmakologischen Maßnehmen, die versuchen, die gefährdeten Bevölkerungsgruppen und Bedingungen zu schützen, die Infektionssterblichkeitsrate weiter gesenkt werden kann".

Das berücksichtigt eben nicht die von ihm selbst immer wieder angemerkte unterschiedliche Gefährdung von Ländern, Regionen oder Städten, zudem werden diese Maßnahmen ja auch in vielen Ländern eingesetzt, um einen erneuten Lockdown zu vermeiden - offenbar mit zweifelhaftem Erfolg. Sollte die hohe Seroprävalenz zutreffen, von der Ioannidis ausgeht, dann würden die bestätigten Infektionszahlen mitsamt der 7-Tage-Inzidenz wenig Aussagekraft besitzen. Es wären weitaus mehr Menschen infiziert, was den Anteil der schwer Erkrankten und Sterbenden im Durchschnitt nach unten drücken würde, was aber für bestimmte Regionen nicht zutreffen muss, wie eine gerade veröffentlichte Studie zur Übersterblichkeit in den USA deutlich macht.“

Beweis zum Vorstehenden: Sachverständigengutachten Prof. John Ioannidis (Stanford University, USA), Stanford Prevention Research Center Medical School Office Building, 1265 Welch Road, Stanford University, Stanford, CA 94305

Für Deutschland sind zwei Studien eingeflossen: die Heinsberg-Studie und eine Studie aus Frankfurt vom 17. April 2020. Die durchschnittliche Fallsterblichkeitsrate beider Studien verteilt auf alle Altersgruppen lag hier ebenfalls bei 0,23 %. Die Fallsterblichkeitsrate der unter 70-jährigen lag bei 0,015 %, was bedeutet, dass in dieser Altersgruppe von 100.000 erkrankten Menschen 15 versterben. Es ist davon auszugehen, dass diese Zahlen, welche auf Fällen ganz zu Anfang der Pandemie bis maximal April 2020 beruhten, gegenwärtig deutlich günstiger ausfallen. Es ist viel mehr über die Erkrankung Covid-19 und ihre Therapiemöglichkeiten bekannt. So ist der Umstand der Blutgerinnungsstörung, welche zu einer Vielzahl häufigen tödlich endenden Thrombosen und Embolien geführt hat, bekannt. Dem kann leicht und sehr effektiv mit der Gabe von blutverdünnenden Mitteln, insbesondere Heparin, entgegengewirkt werden. Der nunmehr bekannten überschießenden Reaktion des Immunsystems kann mit der Gabe von Cortison begegnet werden. Ferner senkt Vitamin D in hohen Dosen die körperliche Entzündung. Im Übrigen ist das medizinische Personal mittlerweile deutlich ein geübter im Umgang mit Intensivpatienten.

bbb) Schätzung der WHO vom 5. Oktober 2020

Dr. Michael Ryan, Leiter der Abteilung für Notfälle der WHO, erklärte auf der Sitzung des Executive Board der WHO (Special Session) am 5. Oktober 2020, nach gegenwärtiger Einschätzung hätten sich bereits insgesamt etwa 10 % der Weltbevölkerung mit dem Corona-Virus infiziert, wobei die Marke von 1.000.000 Toten soeben überschritten worden sei.[42] Ausgehend von einer Weltbevölkerung von 7.800.000.000 Menschen entspricht dies bereits infizierten Menschen von 780.000.000. Überschlägig ist daher die Fallsterblichkeit des Corona-Virus bei rund 0,13 % zu veranschlagen, was in der Größenordnung des Influenza-Virus liegt (0,1 - 0,2 %)[43]. Dabei ist sogar in Rechnung zu stellen, dass die Fallsterblichkeit bei der Grippe durch die Vielzahl der durchgeführten Impfungen sogar schon gedrückt ist.

Diese Größenordnung ist auch plausibel, sie deckt sich ziemlich genau mit den in Deutschland zu verzeichnenden Todesfällen. Ausgehend von einer Bevölkerung von 82.000.000 Menschen und zum Stichtag 28. Oktober 2020 an und mit dem Corona-Virus verstorbenen 10.183 Menschen[44] wäre von einer

---

[42] https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/10/05/default-calendar/executive-board-special-session-on-the-covid19-response, beginnend ca. ab Zeitmarke 1:00:00 bis 1:01:39 des Videos (abgerufen am 28.10.2020).

[43] Lothar Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts, zitiert im Deutschen Ärzteblatt, https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109704/Robert Koch-Institut-Sars-CoV-2-toedlicher-als-Influenzavirus (abgerufen am 28.10.2020).

[44] Offizielles Dashboard des RKI: https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4 (abgerufen am 28.10.2020).

Fallsterblichkeit von 0,12 % auszugehen. Diese Erkenntnis ist offenbar noch nicht bei den Bundes- und Landesgesetzgebern angekommen.

Weil dies aus rechtsstaatlicher Sicht so besorgniserregend ist, schreibe ich es deutlich hervorgeboben: Niemand – ich wiederhole N I E M A N D – wäre seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland selbst in den Jahren einer stärkeren Grippewelle auf den Gedanken gekommen, auch nur annähernd massive Maßnahmen zur Eindämmung der Grippe zu verhängen.

Der einzige wirklich signifikante Unterschied ist der, dass das Corona-Virus zunächst neu war und in den Medien die Bilder aus anderen Ländern erschreckend wirkten. Dabei wurde verkannt, dass wir seit Jahrzehnten auch mit der Influenza leben und die hierdurch ausgelöste Grippe auch immer wieder zu Überlastungen der Gesundheitssysteme gerade in Spanien, Italien und New York führen. Die Menschen haben sich aber hieran gewöhnt und gelernt, gelassener mit der Gefahr umzugehen. Den Fernsehsendern ist dies keine größere Meldung mehr wert.

Man betrachte sich im Übrigen den absurden Unterschied: Die gegenwärtige Hysterie hat auch zu einer völlig verschobenen Bewertung der Sozialadäquanz im Bereich des Strafrechts bei – nun anzunehmenden – etwa gleich gefährlichen Erregern geführt. Wer es aufgrund seiner Krankheitssymptome für möglich hält, an Grippe erkrankt zu sein und dennoch beispielsweise mit der Bahn fährt und hierbei in Kauf nimmt, jemanden anzustecken, ist wegen der akzeptierten Sozialadäquanz völlig straffrei, auch betreffend eine vorsätzliche oder fahrlässige Körperverletzung. Im Falle des „Corona“-Virus wird gegenwärtig in der im Übrigen identischen Situation über (versuchten) Totschlag bzw. Mord, fahrlässige Tötung oder vorsätzliche bzw. fahrlässige Körperverletzung nachgedacht.

Ich bitte das Bundesverfassungsgericht inständig, seine Rolle als kontrollierende Instanz wahrzunehmen und den diesbezüglichen Sachverhalt, nämlich die wirkliche Gefährlichkeit des Corona-Virus, sauber wissenschaftlich und unter Heranziehung diverser Stellungnahmen von Sachverständigen aus „allen Lagern“ zu ermitteln.

Wer wirklich aufklären möchte, braucht Pluralität im Meinungsspektrum. Der alte juristische Grundsatz lautet aus gutem Grund „Höre die andere Seite.“ Hierzu ist es u.a. angezeigt, den oben zitierten Professor John Ioannidis als den Wissenschaftler mit der wohl größten epidemiologischen und statistischen Sachkunde weltweit auf diesem Gebiet zu hören. Angesichts der Bedeutung der Sache und der Bedeutung des Bundesverfassungsgerichts darf und sollte in solch einem Fall ohne Frage auch ein Sachverständiger aus den USA eingeflogen werden.

e) Fehlende Angemessenheit infolge unzureichender Aussagekraft des sogenannten PCR-Tests für das Pandemiegeschehen

Entgegen den mantraartigen Wiederholungen der Politiker und den Verantwortlichen des Robert Koch-Instituts erweist sich der PCR-Test bei genauerer Betrachtung auf Grund neuerer wissenschaftlicher Untersuchungen als erschreckend schwach in seiner Aussagekraft in Bezug auf die Infektiosität einer Person und das Epidemiegeschehen insgesamt. Die Aussagekraft ist so gering, dass sie bereits zweifeln lässt, ob dieser Test in seiner gegenwärtigen Durchführung **„DIE“** Grundlage all der Maßnahmen sein kann und darf. Jedenfalls ist dieser Umstand bei der Frage der Angemessenheit der Maßnahmen zu berücksichtigen, was zur Folge hat, dass die einschränkenden Maßnahmen zumindest in ihrem Umfang und in diversen Ausprägungen nicht zu rechtfertigen sind. Im Einzelnen: Ein internationales Team aus 22 renommierten Wissenschaftlern[45]

---

[45] 1) Dr. Pieter Borger (MSc, PhD), Molecular Genetics, W+W Research Associate, Lörrach, Germany; 2) Rajesh Kumar Malhotra (Artist Alias: Bobby Rajesh Malhotra), Former 3D Artist / Scientific Visualizations at CeMM - Center for Molecular Medicine of the Austrian Academy of Sciences (2019-2020), University for Applied Arts - Department for Digital Arts Vienna, Austria; 3) Dr. Michael Yeadon BSs(Hons) Biochem Tox U Surrey, PhD Pharmacology U Surrey. Managing Director, Yeadon Consulting Ltd, former Pfizer Chief Scientist, United Kingdom; 4) Dr. Clare Craig MA, (Cantab) BM, BCh (Oxon), FRCPath, United Kingdom; 5) Kevin McKernan, BS Emory University, Chief Scientific Officer, founder Medical Genomics, engineered the sequencing pipeline at WIBR/MIT for the Human Genome Project, Invented and developed the SOLiD sequencer, awarded patents related to PCR, DNA Isolation and Sequencing, USA; 6) Prof. Dr. Klaus Steger, Department of Urology, Pediatric Urology and Andrology, Molecular Andrology, Biomedical Research Center of the Justus Liebig University, Giessen, Germany; 7) Dr. Paul McSheehy (BSc, PhD), Biochemist & Industry Pharmacologist, Loerrach, Germany; 8) Dr. Lidiya Angelova, MSc in Biology, PhD in Microbiology, Former researcher at the National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), Maryland, USA; 9) Dr. Fabio Franchi, Former Dirigente Medico (M.D) in an Infectious Disease Ward, specialized in “Infectious Diseases” and “Hygiene and Preventive Medicine”, Società Scientifica per il Principio di Precauzione (SSPP), Italy; 10) Dr. med. Thomas Binder, Internist and Cardiologist (FMH), Switzerland; 11) Prof. Dr. med. Henrik Ullrich, specialist Diagnostic Radiology, Chief Medical Doctor at the Center for Radiology of Collm Oschatz-Hospital, Germany; 12) Prof. Dr. Makoto Ohashi, Professor emeritus, PhD in Microbiology and Immunology, Tokushima University, Japan; 13) Dr. Stefano Scoglio, B.Sc. Ph.D., Microbiologist, Nutritionist, Italy; 14) Dr. Marjolein Doesburg-van Kleffens (MSc, PhD), specialist in Laboratory Medicine (clinical chemistry), Maasziekenhuis Pantein, Beugen, The Netherlands; 15) Dr. Dorothea Gilbert (MSc, PhD), PhD Environmental Chemistry and Toxicology. DGI Consulting Services, Oslo, Norway; 16) Dr. Rainer J. Klement, PhD. Department of Radiation Oncology, Leopoldina Hospital Schweinfurt, Germany; 17) Dr. Ruth Schruefer, PhD, human genetics/ immunology, Munich, Germany; 18) Dr. Berber W. Pieksma, General Practitioner, The Netherlands; 19) Dr. med. Jan Bonte (GJ), Consultant Neurologist, The Netherlands; 20) Dr. Bruno H. Dalle Carbonare (Molecular biologist), IP specialist, BDC Basel, Switzerland; 21) Dr. Kevin P. Corbett, MSc Nursing (Kings College London) PhD (London South Bank) Social Sciences (Science & Technology Studies) London, England, United Kingdom; 22) Prof. Dr. Ulrike Kämmerer, specialist in Virology / Immunology / Human Biology / Cell Biology, University Hospital Würzburg, Germany

hat in dem kürzlich veröffentlichten **„Corman-Drosten Review Report“**[46] den vom Virologen Christian Drosten (mit)entwickelten PCR-Test für SARS-CoV-2 und die diesbezügliche Publikation einer wissenschaftlichen Prüfung unterzogen und sind zu einem vernichtenden Urteil gekommen: Der Test sei unbrauchbar und für Rückschlüsse auf das Vorliegen einer Infektion ungeeignet. Im Original heißt es in der Zusammenfassung: „*the SARS-CoV-2 PCR test is useless*“ sowie „*the test unsuitable as a specific diagnostic tool to identify the SARS-CoV-2 virus and make inferences about the presence of an infection*“.

Ansgar Neuhoff fasste am 2. Dezember 2020 die Publikation wie folgt zusammen:[47]

> „[…]
>
> Die weltweite Verwendung dieses Tests beruht auf einer Veröffentlichung von Victor Corman, Christian Drosten und anderen Autoren mit dem Titel „Detection of 1919 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR“ in der Zeitschrift Eurosurveillance am 23.01.2020. Die Veröffentlichung wird daher auch Corman/Drosten-Papier genannt. Darin stellen die Autoren einen diagnostischen Arbeitsablauf und ein realTime-qPCR-Protokoll für den labordiagnostischen Nachweis von SARS-CoV-2 vor.
>
> Die Wissenschaftler, die das Corman/Drosten-Papier geprüft haben, kommen zu folgender Bewertung: „*Weder der präsentierte Test noch das Manuskript selbst erfüllen die Anforderungen für eine akzeptable wissenschaftliche Publikation.*“ [im Original: „*Neither the presented test nor the manuscript itself fulfils the requirements for an acceptable scientific publication.*“]
>
> Nach eigenen Angaben haben die Wissenschaftler eine Punkt-für-Punkt-Überprüfung des Corman/Drosten-Papiers durchgeführt und dabei alle Komponenten des vorgestellten Testdesigns überprüft, die RT-qPCR-Protokollempfehlungen bewertet wurden und die Parameter mit der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur zu diesem Thema verglichen.
>
> Im Ergebnis fordern die Wissenschaftler die Zeitschrift Eurosurveillance auf, die Corman/Drosten-Veröffentlichung aufgrund zahlreicher wissenschaftlicher und technischer Fehler zurückzuziehen. Vorwurf: fehlerhaftes Testdesign, fehlende Standardisierung und mangelnde Validierung
>
> Die Wissenschaftler kritisieren insbesondere folgende Punkte:

---

[46] https://cormandrostenreview.com/ (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[47] https://www.achgut.com/artikel/corona_politik_grundlegende_pcr_test_studie_auf_treibsand_gebaut (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

- ein vages und fehlerhaftes Testdesign,
- ein unzureichendes Primerdesign (z.B. ungenaue Basenzusammensetzung, fehlerhafter GC-Gehalt),
- eine zu hohe Anbindungstemperatur (wodurch auch andere Gensequenzen als die von SARS-CoV-2 erfasst werden können),
- ein problematisches und ungenügendes RT-qPCR-Protokoll,
- eine fehlende Standardisierung,
- keine Erläuterung, was ein positives oder negatives Testergebnis definiert,
- das Weglassen eines Ct-Werts,
- die unterbliebene Validierung auf molekularer Ebene,
- das Fehlen einer Positivkontrolle zur Bewertung der Spezifität,
- das Fehlen einer Negativkontrolle zum Ausschluss anderer Coronaviren.

Inwieweit diese wissenschaftliche Kritik berechtigt ist, kann hier naturgemäß nicht beurteilt werden. Zu den beteiligten Wissenschaftlern gehören unter anderem Michael Yeadon (früherer Forschungsleiter von Pfizer), Kevin McKernan (Genetiker, Inhaber mehrerer Patente im Bereich der PCR-Diagnostik), Pieter Borger (Molekulargenetiker), Fabio Franchi (Spezialist für Infektionskrankheiten und Präventionsmedizin), Makoto Ohashi (Mikrobiologe und Immunologe), Ulrike Kämmerer (Zellbiologin).

Drosten-Test mit 1,3 Prozent falsch-positiver Rate

Ein Punkt aus dem Corman/Drosten-Papier soll aber erwähnt werden, bei dem es gar nicht um einen der gerügten Mängel geht, der aber dennoch auch einen Laien stutzig macht:

Angeblich hätten laut den Autoren die Tests bei anderen Viren (z.B. Grippeviren) nicht angeschlagen, es habe also keine falsch-positiven Testergebnisse gegeben. Diese Aussage ist aber eine Mogelpackung. Denn vier Ergebnisse von 310 untersuchten Proben und Virusisolaten, die andere als SARS-CoV-2 enthielten (siehe Tabelle 2 des Corman/Drosten-Papiers), waren zunächst positiv. Macht eine falsch-positive Quote von 1,3 Prozent. Erst im zweiten Anlauf bei erneuten Tests ergaben sich negative Ergebnisse und die Quote sank auf 0.

Interessant die Begründung von Corman/Drosten, worauf die falsch-positiven Ergebnisse beruhten: höchstwahrscheinlich (!) auf Problemen bei der Handhabung (!), die durch die rasche Einführung neuer diagnostischer Tests und Kontrollen während dieser Evaluierungsstudie verursacht worden seien. Corman/Drosten wissen also nicht, was der Grund für die falsch-positiven Ergebnisse war, man mutmaßt nur. Sollte man nicht von Wissenschaftlern erwarten dürfen, dass sie erst einmal ihre Fehlerquelle finden, bevor sie an die Öffentlichkeit gehen? Und wenn schon die hochspezialisierten Test-Erfinder Probleme mit der Handhabung hatten, was darf man dann bei den zahllosen mehr oder weniger qualifizierten und angelernten Labormitarbeitern in tausenden Laboren weltweit erwarten? Man wundert sich nun nicht mehr, dass zahlreiche Fußballspieler erst positiv, dann negativ getestet werden. Aber was bedeutet das für die zahllosen positiv Getesteten, die nicht sofort erneut getestet werden?

Kein hinreichender Peer Review des Corman/Drosten-Papiers

Die Wissenschaftler des Corman-Drosten Review Reports kritisieren darüber hinaus auch, dass die Zeitschrift Eurosurveillance das Corman/Drosten-Papier vor der Veröffentlichung nicht einem ausreichendem Peer Review unterzogen habe, also einer wissenschaftlichen Überprüfung. Sie beanstanden, dass zwischen der Einreichung des Artikels (21.01.2020) und seiner Annahme durch die Zeitschrift (22.01.2020) nur ein Tag gelegen habe. Währenddessen sei allenfalls eine Prüfung von schlechter Qualität möglich gewesen. Regelmäßig dauern solche Peer Reviews deutlich länger, zum Teil Monate. Als unverständlich wird zudem angemerkt, dass der Peer Review-Bericht der Zeitschrift den prüfenden Wissenschaftlern bis heute vorenthalten werde mit der Begründung: „*Eine Offenlegung würde den Zweck der wissenschaftlichen Untersuchung untergraben.*“

Kritisiert wird in diesem Zusammenhang auch, dass zwei der Autoren – nämlich Drosten und Chantal Reusken – dem Redaktionsausschuß (Editorial Board) der Zeitschrift angehören. Das hat in der Zusammenschau mit der außerordentlichen Schnelligkeit der Veröffentlichung in der Tat ein Geschmäckle. Selbst wenn einmal unterstellt, dass die Zeitschrift Regeln hat, wie zu verfahren ist, wenn Redaktionsmitglieder eigene Artikel veröffentlichen.

Vorwurf: Interessenkonflikte

Zuletzt kritisieren die Wissenschaftler auch noch die starken Interessenkonflikte bei den Autoren des Corman/Drosten-Papiers, die zum Teil gar nicht, zum Teil erst nach einem halben Jahr offengelegt wurden.

Der Mitautor Olfert Landt ist der Gesellschafter-Geschäftsführer der TIB-Molbiol GmbH, des Unternehmens, das als erstes PCR-Test-Kits auf Basis des Corman/Drosten-Papiers herstellte und diese millionenfach vertreibt und noch mehr Millionen dafür erhält. Der Unternehmer Landt hat sich also quasi selbst die wissenschaftliche Weihe für seine Produkte verliehen. Landt ist seit 17 Jahren

eng mit Christian Drosten verbunden und profitiert von dessen steuerzahlerfinanzierten Arbeiten an der Berliner Charité. Seit 2003 sind sie den nachfolgend aufgeführten Viren mit ihren Tests immer als erste auf den Leib gerückt: SARS-CoV (2003), Vogelgrippe (2005), Schweinegrippe (2009), Chikungunya Virus (2009), MERS (2012), ZIKA (2016), Gelbfieber Brasilien (2017) und SARS-CoV 2 (2020).

Der Mitautor Marco Kaiser ist Berater bei TIB-Molbiol GmbH und zugleich Projektleiter bei GenExpress GmbH, einem Unternehmen, das unter derselben Adresse wie TIB-Molbiol ansässig ist und ebenfalls sein Geld mit PCR-Tests verdient.

Erst ein halbes Jahr nach der Veröffentlichung wurden diese Interessenkonflikte von Landt und Kaiser offengelegt. Nicht offengelegt wurde aber, dass Landt auch Geschäftsführer von GenExpress ist.

Entsprechend der üblichen Auflistung der Mitautoren bei wissenschaftlichen Artikeln haben übrigens die beiden Autoren Landt und Kaiser nach Corman den größten Anteil an dem Corman/Drosten-Papier [Anmerkung: und verdienen daran vermutlich auch am meisten].

Die Autoren Corman und Drosten haben überdies ihre leitenden Funktionen bei der Labor Berlin GmbH bisher nicht offengelegt, einem gewinnorientierten Unternehmen im mittelbaren Eigentum des Landes Berlin, das auch mit PCR-Tests Geld verdient.

Zusatzinformationen

Wenn man sich fragt, warum gerade dieser Drosten-PCR-Test von der Weltgesundheitsorganisation WHO, vom RKI und der Bundesregierung so gepusht und als nicht hinterfragbar erachtet wird, mag man auch einen Blick auf die Verflechtungen werfen:

Christian Drosten gehört zusammen mit einem Vertreter der Bill&Melinda Gates Stiftung, dem Direktor des Wellcome Trusts (auch eine Privatstiftung) und einem Vertreter der WHO zu den sechs Beratern im vom damaligen Bundesgesundheitsminister Gröhe 2017 einberufenen Internationalen Beratergremium zur globalen (!) Gesundheitspolitik […]. Die Gates Stiftung und der Wellcome Trust sind Gründungsmitglieder und gehören zu den Hauptgeldgebern der Impfstoffallianz CEPI. CEPI und Gavi, die andere Impfstoffallianz der Gates Stiftung, wiederum sind die Hauptnutznießer der circa 8 Milliarden Dollar, die auf der von der EU und Deutschland im Mai 2020 veranstalteten Geberkonferenz zusammenkamen […].

Die Co-Autorin des Corman/Drosten-Papiers, Marion Koopmans, ist WHO-Beraterin. Genauso wie Andreas Nitsche, der früher bei TIB-Molbiol tätig war, jetzt beim RKI in leitender Funktion. Ebenfalls beim RKI ist Heinz Ellerbrok in leitender Funktion tätig, er ist zugleich Gesellschafter der von Olfert Landt geleiteten GenExpress GmbH. Die drei und die bereits erwähnte Co-Autorin Chantal

Reusken haben zusammen in der Zeitschrift Eurosurveillance veröffentlicht [...]. Und nicht zu vergessen Lothar Wieler, der Präsident des RKI; er sitzt [im] European Advisory Committee on Health Research der WHO.

[...]“

Der Test erweist sich daher keineswegs als so sicher, wie vom Robert Koch-Institut angegeben. Insbesondere die Falsch-positiv-Rate liegt nach dem Testdesign und der gegenwärtigen Massentestpraxis der Labore nicht bei annähernd 100 %, sondern wohl nur bei etwa 98 % bis 99 %; mitunter gibt es starke Ausreißer nach unten.

Soweit bekannt, wurden Sensitivität und Spezifität des PCR-Tests in der Praxis durch eine deutsche Institution bislang **nur einmal (!)** nach anerkanntem Ringversuch-Testdesign ermittelt und auch veröffentlicht und zwar durch INSTAND, Gesellschaft zur Förderung, der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien e.V. – eine bedeutsame Vereinigung, die weltweit mit verschiedenen Standardisierungs- und Dachorganisationen, Fachgesellschaften sowie der WHO kooperiert. Diese kommt in ihrem 51-seitigen „Kommentar zum Extra Ringversuch Gruppe 340 Virusgenom-Nachweis-SARS-CoV-2“ von Prof. Dr. Heinz Zeichhardt, Charité - Universitätsmedizin Berlin, und Dr. Martin Kammel – in Kooperation mit der Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Virologie, dem Nationalen Konsiliarlaboratorium für Coronaviren **Prof. Dr. Christian Drosten, Dr. Victor M. Corman u.a.** – vom 2.5.2020, aktualisiert am 3.6.2020, hinsichtlich der Spezifität des PCR-Tests auf eine **Falsch-positiv-Rate zwischen 1,4 % und 2,2 % (sic!),** wobei hier die „Ausreißer“ durch Vertauschungen bereits herausgerechnet sind:[48]

> **„2.4.2.1 Qualitative Ergebnisse der drei SARS-CoV-2 negativen Proben, aufgeschlüsselt nach verwendetem Test und Gen-Region**
>
> Für die drei SARS-CoV-2-negativen Proben 340060, 340062 und 340065 erbrachten die Teste zum Genom-Nachweis von SARS-CoV-2 unabhängig von der untersuchten Gen-Region überwiegend richtig negative Ergebnisse (**97,8% bis 98,6%** richtige qualitative Ergebnisse). Diese hohen Erfolgsquoten repräsentieren eine sehr gute Leistungsfähigkeit der Ringversuchsteilnehmer und der angewendeten Testformate.
>
> Zusätzlich weisen in einigen Fällen die Untersuchungen mit den SARS-CoV-2-negativen Kontrollproben 340060, 340062 und 340065 auf Spezifitätsprobleme hin, die unabhängig von Vertauschungen der Proben 340064 und 340065 sind. Es ist abzuklären, ob diese falsch positiven

[48] https://www.instand-ev.de/ringversuche-online/ringversuche-service.html#rvp//340/-2020/ (Hervorhebung durch Autor, zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

Ergebnisse auf ein Spezifitätsproblem der angewendeten Teste oder auf eine Verschleppung von SARS-CoV-2 bei der Testdurchführung bzw. auf Verwechselungen mit anderen Proben in diesem Ringversuch in den betreffenden Laboren zurückzuführen sind.

Bitte beachten Sie für Tabelle 3/Spalten E und E-1:

Spalte E: Bei Probe 340065 (negativ für SARS-CoV-2, positiv für HCoV 229E) beruht die reduzierte Erfolgsquote von nur 92,4 % im Wesentlichen auf falschen Ergebniszuordnungen (Vertauschungen) bei Probe 340065 und Probe 340064 (positiv für SARS-CoV-2, 1 : 100 000 verdünnt).

Die Vertauschungen bei den Proben 340065 und 340064 betreffen 24 Labore mit insgesamt 58 Ergebnissen je Probe. Siehe dazu auch Abschnitt 2.4.1.1.

Spalte E-1: Für Probe 340065 (negativ für SARS-CoV-2, positiv für HCoV 229E) liegt die aktualisierte Erfolgsquote bei 98.1% richtige Ergebnisse (907 korrekte Analysen von 925 Analysen insgesamt). In Spalte E-1 sind die Ergebnisse der o.g. 24 Labore mit insgesamt 58 Ergebnissen nicht berücksichtigt."

Da es sich um eine freiwillige Teilnahme der Labor handelt, ist es wahrscheinlich, dass die teilnehmenden Labore auch auf korrektes Arbeiten, Sauberkeit und die Vermeidung von Verunreinigungen achten. Insbesondere im Massengeschäft der Testung, das nach Ablauf der hier zugrunde liegenden Zeitspanne erst angefangen hat (über 1 Million Tests pro Woche erst seit Sommer 2020), ist es wahrscheinlich, dass sich die Werte jedenfalls nicht deutlich verbessert haben dürften.

Eine weitere belastbare Veröffentlichung ist mir nicht bekannt. Weitere Ringversuche von ISTAND laufen schon seit längerem, die Ergebnisse sind indes noch nicht veröffentlicht. Der Wert einer Spezifität von „nahezu 100 %", den das Robert Koch-Institut beständig anführt, aber keinen Beleg hierfür nennt, ist daher nicht nachvollziehbar.

Bei einer niedrigen Prävalenz des Virus in der Bevölkerung (geringes Vorhandensein akuter Infektionen) erhalten die Falsch-positiven-Fälle dramatisches Gewicht, was wegen der niedrigen Prävalenz auch nicht durch Falsch-negativ-Fälle ausgeglichen werden könnte. Nur zur Verdeutlichung: bei einer Testanzahl von 1 Million Tests pro Woche und einer Falsch-positiv-Rate von einem Prozent werden 10.000 Menschen fälschlicherweise positiv getestet! Diese 10.000 Menschen pro Woche sowie ihre vielfachen Kontakte sind danach regelmäßig für zwei Wochen in eine freiheitsentziehende Quarantäne geschickt worden. Dies war in den Sommer- und Herbstmonaten durchweg der Fall. Damals lagen die positiv Getesteten eine Zeit lang in einer Größenordnung von etwa 12.000 pro Woche. Dies bedeutet, dass – bei Zugrundelegung eines durchaus realistischen Wertes von einer Falsch-positiven-Rate von einem Prozent – von 12.000 positiv Getesteten 10.000 das Virus gar nicht in sich trugen. Für denjenigen, der positiv getestet wurde, ergab sich damit eine

Wahrscheinlichkeit von nur **einem Sechstel (sic!)**, dass er tatsächlich das Virus in sich trug! Fünf von sechs Menschen mussten daher zu Unrecht eine Freiheitsentziehung von zwei Wochen erleiden! Zudem waren die konstant hohen positiven Fälle über lange Zeit in den Sommermonaten der einzige angeführte Grund zur Aufrechterhaltung der Grundrechtseinschränkungen. Die Frage ist daher keineswegs akademisch. Und sie setzt sich gegenwärtig fort.

> **Beweis zum Vorstehenden:** Sachverständigengutachten Prof. Dr. Ulrike Kämmerer, Universitätsklinikum Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 97080 Würzburg

Nur um zu verdeutlichen, dass es sich dabei keineswegs um ein weltfremde Abhandlung und eine weitere Verschwörungstheorie handelt, soll zum Thema der Kurzaufsatz „PCR-Tests auf SARS-CoV-2: Ergebnisse richtig interpretieren“ von Ralf L. Schlenger aus dem Deutschen Ärzteblatt 24/2020 vom 12. Juni 2020 angeführt werden:[49]

> „Der tatsächliche positive oder negative Vorhersagewert eines PCR-Tests hängt nicht allein von seiner operativen Genauigkeit ab. Maßgeblich ist auch die Vortestwahrscheinlichkeit, die angibt, wie hoch das geschätzte Risiko für eine Erkrankung vor dem Test ist.
>
> Für die schnelle Detektion einer akuten Infektion mit SARS-CoV-2 werden weltweit verschiedene qRT-PCR-Assays (quantitative Reverse-Transkriptase-Polymerase-Kettenreaktion) eingesetzt. Im vergangenen Monat wurden allein im Verband der Akkreditierten Labore in der Medizin pro Woche zwischen 270.000 (KW 18) und 365.000 (KW 20) PCR-Tests auf SARS-CoV-2 durchgeführt. Ob ein Mensch als SARS-CoV-2-positiv oder -negativ gilt, hat Auswirkungen nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für sein familiäres, soziales und berufliches Umfeld.
>
> Da kein Test 100-prozentig sicher ist, muss das dem Betroffenen mitzuteilende Testergebnis in seinem Kontext interpretiert werden. Dies ist umso wichtiger, je höher in einer Population die Erkrankungswahrscheinlichkeit ist, führen in einem Praxishinweis im British Medical Journal (BMJ) Jessica Watson und Kollegen aus (1). Ihre Arbeit gibt praktischen Ärzten Hilfestellung bei der folgenschweren Frage: Mit welcher Wahrscheinlichkeit ist eine positiv getestete Person tatsächlich positiv und eine negativ getestete tatsächlich negativ? Im Fokus stehen zwei Faktoren.
>
> Probenahme und Genauigkeit

---

[49] https://www.aerzteblatt.de/archiv/treffer?mode=s&wo=2032&typ=16&aid=214370&autor=Schlenger%2C+Ralf+L%2E (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

RT-PCR-Tests weisen virale RNA nach. Für die operative Zuverlässigkeit des Tests selbst sind die Sensitivität und die Spezifität wesentliche Parameter. Die Sensitivität ist der Prozentsatz, mit dem eine erkrankte Person als positiv getestet wird. Ein Test mit einer Sensitivität von 98 % identifiziert 98 von 100 Infektionen und 2 nicht. Die Kehrseite eines hoch sensitiven Tests: Er kann viele falsch-positive Befunde liefern, wenn er nicht spezifisch genug ist. Die Spezifität ist der Prozentsatz, zu dem nicht infizierte Personen als gesund erkannt werden. Ein Test mit einer Spezifität von 95 % liefert bei 5 von 100 Gesunden ein falsch-positives Ergebnis.

Bei Angaben zu Sensitivität und Spezifität der in Deutschland verwendeten PCR-Tests halten sich sowohl das Robert Koch-Institut als auch das nationale Konsiliarlabor am Institut für Virologie der Charité bedeckt. Die oft zitierte, nahezu 100-prozentige Sensitivität unter Laborbedingungen dürfte in der Praxis nie erreicht werden, schon weil beim Testen selbst erhebliche Unsicherheitsfaktoren hinzukommen. So weist beispielsweise jeder Test die Viren nur in einem bestimmten Zeitfenster nach.

So enthielten Abstrichproben vom Rachen vermehrungsfähige Viren bis zum 4., aus dem Sputum bis zum 8. Tag nach Symptombeginn (2). Falsch-negative Ergebnisse könnten auch aufgrund schlechter Probenqualität oder unsachgemäßem Transport nicht ausgeschlossen werden, warnt das Robert Koch-Institut unter seinen Hinweisen zur Testung. Empfohlen wird bei Patienten mit initial negativem PCR-Test, aber begründetem Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion eine Wiederholung des Tests (3).

Ein systematischer Review, der 957 negativ getestete Personen durch einen wiederholten Abstrich überprüfte, fand in den 5 Einzelstudien eine Rate initial falsch-negativer Ergebnisse zwischen 2 % und 29 %. Das entspricht einer „effektiven" Sensitivität der Tests zwischen 71 % und 98 % (4). Bei dieser niedrigen Sensitivität und moderaten Spezifität habe ein positiver PCR-Test auf SARS-CoV-2 mehr Gewicht als ein negatives Resultat, betonen die Autoren im BMJ. Umgekehrt solle man sich bei einem Patienten mit verdächtigen Symptomen niemals auf ein einziges negatives Testergebnis verlassen.

Die Vortestwahrscheinlichkeit

Um die wirkliche Erkrankungswahrscheinlichkeit, ausgedrückt als positiver oder negativer Vorhersagewert nach einem Test, zu beurteilen, sollten Ärzte die Vortestwahrscheinlichkeit hinzuziehen (das gilt nicht nur für COVID-19). Das geschätzte Risiko für die Erkrankung ergibt sich zum einen durch die klinische Einschätzung der betroffenen Person und ihres Umfeldes: Hatte die Kontakt mit Infizierten, kommt sie aus einem Risikogebiet? Sind ihr Alter, die Symptome und Befunde mit COVID-19 vereinbar? Bestehen Vorerkrankungen, kommen Differenzialdiagnosen infrage?

Des Weiteren ist die Prävalenz der Erkrankung in der Population relevant. Im Patientengut eines Allgemeinarztes in der Uckermark wird die Prävalenz von COVID-19 von vornherein niedriger zu schätzen sein als in einem Altersheim mit bereits einigen infizierten Bewohnern. Um den starken Einfluss der geschätzten Prävalenz auf den Vorhersagewert deutlich zu machen, seien Prävalenzen von SARS-CoV-2-Infektionen von 3 %, 20 % und 80 % gegenübergestellt: Unter 1 000 Personen würde es in diesen Fällen 30, 200 oder 800 Infizierte geben. Die Autoren im BMJ mutmaßen, das der RT-PCR-Test eine Sensitivität von 70 % und eine Spezifität von 95 % aufweist. Sars-CoV-2-Prävalenz 3 % (z. B. Hausarztpraxis): Richtig positiv getestet werden 21 von 30 infizierten Personen, falsch negativ sind damit 9 Ergebnisse. Richtig als gesund erkannt werden 921 von 970 Personen, falsch positiv bleiben 49. Der positive Vorhersagewert errechnet sich als Quotient aus der Zahl der richtig positiv Getesteten (21) und der Summe aller Personen mit positivem Testergebnis (21 + 49 = 70). Er ist mit 0,30 erschreckend gering – 70 % der als positiv getesteten Personen sind gar nicht positiv, ihnen wird aber Quarantäne verordnet. Der negative Vorhersagewert als Quotient aus der Zahl der richtig negativ Getesteten 921 und der Summe aller Personen mit negativem Testergebnis (921 + 9 = 930) ist hingegen 0,99, also sehr gut.

Prävalenz 20 % (z. B. Altenheim): Richtig positiv getestet werden 140 von 200 Personen, falsch negativ sind 60 Ergebnisse. Richtig negativ erkennt der Test 760 von 800 Personen, falsch positiv 40. Der positive Vorhersagewert (140/180) beträgt nun 0,78, die Erkrankungswahrscheinlichkeit ist also bei der angenommenen Prävalenz von 20 % 2,5 Mal höher anzusetzen als bei der niedrigen Prävalenz von 3 %. Der negative Vorhersagewert (760/820) ist 0,93. Immerhin 7 % der negativ Getesteten tragen das Virus in sich und können es verbreiten. Prävalenz 80 % (z. B. Isolierabteilung): Bei einer besonders hoch geschätzten Prävalenz von 80 % sind von 1 000 Getesteten 800 infiziert, von denen der Test 560 erkennt und 240 nicht. Richtig negativ erkannt werden 190 von 200 Personen, falsch positiv sind 10. Der positive Vorhersagewert (560/570) erreicht sichere 0,98, während der negative Vorhersagewert auf 0,44 sinkt. 56 % Prozent der negativ Getesteten tragen das Virus in sich und können es weitergeben.

Das bedeutet: In einer Population mit niedriger Prävalenz – z. B. 3 %, wie bevölkerungsweit bei COVID-19 anzunehmen – und unter der Prämisse einer niedrigen effektiven Test-Sensitivität von 70 % ist der positive Vorhersagewert äußerst schwach. Ein (falsch) positiver Test kann aber eine Quarantäne der Person zur Folge haben. Je höher die Prävalenz und damit die Vortestwahrscheinlichkeit, desto höher ist die Aussagekraft eines positiven Tests einzustufen und desto niedriger ist der negative Vorhersagewert.

Ein hoher Anteil infizierter Personen bleibt unentdeckt, wird nicht isoliert und kann andere anstecken – wenn nicht doch ein zweites Mal getestet wird. Fazit: Bei einer hohen

anzunehmenden Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion ist ein einzelner negativer Test kein Freibrief.“

Es ist damit klargeworden, dass der PCR-Test jedenfalls in seiner gegenwärtigen Ausführung keine tragfähige Grundlage der Freiheitseinschränkungen darstellen kann. Die auf ihn aufbauenden legislativen und exekutiven Schlussfolgerungen halten rechtlicher Überprüfung nicht stand. Es ist auch nicht so, dass keine Alternative bestünde. Man kann das Testdesign so gestalten, dass es aussagekräftiger ist. So ist es beispielsweise möglich, statt der regelmäßigen Untersuchung von nur einem Genabschnitt die Untersuchung auf drei Genabschnitte auszuweiten, was eine erheblich höhere Spezifität mit sich bringt. Auch wäre es erforderlich, den Test zu validieren und zu standardisieren, was bislang trotz der zeitlichen Möglichkeit hierzu nicht erfolgt ist. Insbesondere bezüglich des vorgenannten Punktes und der Frage, wie oft die Amplifikation erfolgt (Ct-Wert), müsste ein Standard gesetzt werden. Gerade dies fehlt allerdings und führt dazu, dass die Falsch-Positivrate bei hohen Anzahlen von Amplifikationen massiv steigt. Bei Vorliegen eines positiven Testes sollte dieser auch durch einen weiteren Test bestätigt werden. Die Vorfälle bei den deutschen Fußballteams belegten, dass bei erneuten Tests die vorangegangenen sich reihenweise als falsch-positiv darstellen können, möglicherweise infolge von Verunreinigungen. Sofern die betreffenden Personen „wichtig“ sind oder über Geld verfügen, können Sie sich mit einem weiteren Test „freikaufen“. Dies gilt allerdings nicht für die Masse der Bevölkerung. Weiterhin wäre es möglich, vor dem Ergreifen von Quarantänemaßnahmen und Zwangsisolation, das Virus tatsächlich zu isolieren und als Ganzes nachzuweisen. Nur dieses Vorgehen stellt sicher, dass es sich um ein Virus handelt, welches tatsächlich noch vermehrungsfähig ist und eine Infektion auslösen oder fortbestehen lassen kann, übertragen werden und bei einem anderen Menschen eine Infektion auslösen kann. Allein das positive Anschlagen des PCR-Testes belegt (bestenfalls) lediglich, dass der betreffende Genabschnitt des Virus im Menschen nachgewiesen wurde. Ob dieses noch aktiv ist, oder ob es sich lediglich um einen bereits wirkungslosen Genabschnitt beispielsweise aus einer vor Wochen stattgefundenen Infektion handelt, ist damit nicht geklärt. Schließlich handelt es sich um das gleiche Vorgehen wie beim kriminalistischen DNA-Test, der im Strafprozess Anwendung findet. Hier wird die gleiche PCR-Methode verwendet, allerdings werden in Deutschland 16 Gensequenzen untersucht (wobei hier freilich auch der Mensch als Individuum und nicht nur als Art nachgewiesen werden soll). Auch hier wird lediglich genetisches Material des Täters teilweise nach Jahrzehnten noch nachgewiesen. Jedermann ist klar, dass dieses Material aber bereits tot ist.

Olfert Landt, Geschäftsführer der Firma TIB Molbiol, welche in Kooperation mit Prof. Christian Drosten die PCR-Tests aktuell bis zu zwei Millionen Tests pro Woche herstellt, hat hierzu gegenüber der Fuldaer Zeitung in einem Interview, veröffentlicht am 28. Dezember 2020, eingeräumt:[50] Man wisse, dass nicht jede getestete Person auch ansteckend sei. Menschen mit einer geringen Viruslast seien nicht infektiös. **Schätzungsweise**

[50] https://www.fuldaerzeitung.de/fulda/corona-streit-pcr-test-hersteller-molbiol-olfert-landt-mut-panik-robert-koch-institut-berlin-90132220.html (abgerufen am 29.12.2020)

die Hälfte aller positiv getesteten Personen seien nicht infektiös(sic!). Um gefährlich für Dritte zu sein, müsse man 100-mal mehr Viruslast in sich tragen, als die Nachweisgrenze der Tests. Die Fuldaer Zeitung schreibt hierzu weiter:

> „Landt spricht sich vor diesem Hintergrund für ein Umdenken bei den Behörden aus: „Es wäre klug, wenn man die Testergebnisse mit einer Bewertung herausgeben würde", findet Landt. Wenn eine Person zwar positiv auf das Coronavirus getestet wurde, aber gar nicht oder nur wenig infektiös sei, dann könnten die Behörden beispielsweise aussprechen, dass Kontakte vermieden werden sollen. Eine Quarantäne würde nur dann angeordnet, wenn die Ansteckungsgefahr hoch ist. „Das traut man sich leider in der Öffentlichkeit nicht", sagt Landt, der sich gerade vom Robert Koch-Institut diesbezüglich „mehr Mut" wünscht."

Beweis zum Vorstehenden: Olfert Landt, TIB MOLBIOL Syntheselabor GmbH, Eresburgstrasse 22-23, 12103 Berlin

Bereits hieraus folgt **zwingend(!),** dass eine quantitative Grenze – beispielsweise anknüpfend an einen bestimmten Ct-Wert– eingeführt werden muss, bis zu der bei einem positiven Test der betroffenen Person grundsätzlich keine Grundrechtseingriffe drohen dürfen, insbesondere keine Quarantäneanordnung, jedenfalls dann, wenn sie keine Infektionssymptome zeigt.

Weiterhin ist zu fordern, dass die Labore staatlicherseits akkreditiert und regelmäßig überprüft werden, da der Staat gerade auf deren Ergebnisse schwerste Grundrechtseingriffe stützt. Für den Fall des Verdachts der Kontamination eines Labors, was zu einer hohen Anzahl an falsch-positiven Tests führt, müsste das Labor vorübergehend geschlossen und von Grund auf gereinigt werden.

Beweis zum vorstehenden Abschnitt: Sachverständigengutachten Prof. Dr. Ulrike Kämmerer

Teil D. Grundrechtsverletzungen durch die §§ 28 – 32 IfSG (a.F. und n.F.) und die hierauf gestützten Verordnungen der Länder Berlin und Brandenburg

I. Gegenstand der Anfechtung

Mit Blick auf die persönliche Betroffenheit werden sowohl die folgenden Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes als auch die in diesem Teil später näher ausgeführten einzelnen Vorschriften von fünf sogenannten Corona-Verordnungen von Berlin und Brandenburg angefochten. Unabhängig von der persönlichen Betroffenheit werden darüber hinaus die Verordnungen auch insgesamt angefochten, denn sie verstoßen in Gänze gegen das Grundgesetz und sind daher nichtig. Es handelt sich um folgende Normen und Verordnungen:

(1) §§ 28 – 32 IfSG

Wie bei den §§ 5 und 5a IfSG (s.o.) beziehen sich die Ausführungen sowohl auf die Rechtslage bis zum als auch nach dem 18. November 2020, mithin sowohl vor als auch nach dem Inkrafttreten des dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BGBl. I 2397); genauer formuliert gegen die im folgenden aufgeführten Vorschriften sowohl in der alten Fassung (a.F.) als auch in der neuen Fassung (n.F.) des

(1) Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1385) geändert worden ist („a.F.“),

(2) des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch das dritte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I 2397) geändert worden ist („n.F.“).

Im Folgenden wird der Gesetzestext der neuen Fassung zitiert. Der vorangegangene Gesetzestext unterschied sich durch zwei Änderungen nach dem 18. November 2020: § 28a wurde eingefügt und § 28 Absatz 1 wurde wie folgt geändert: a) In Satz 1 wurden die Wörter „den §§ 29 bis 31" durch die Wörter „§ 28a Absatz 1 und in den §§ 29 bis 31" ersetzt. b) In Satz 4 wurden nach dem Wort „Grundrechte" die Wörter „der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes)," eingefügt.

Bereits dies zeigt, dass in der vorangegangenen Fassung des IfSG ein Verstoß gegen das Zitiergebot vorlag, der hiermit gerügt wird.

„§ 28 Schutzmaßnahmen

(1) Werden Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider festgestellt oder ergibt sich, dass ein Verstorbener krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider war, so trifft die zuständige Behörde die notwendigen Schutzmaßnahmen, insbesondere die in § 28a Absatz 1 und in den §§ 29 bis 31 genannten, soweit und solange es zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten erforderlich ist; sie kann insbesondere Personen verpflichten, den Ort, an dem sie sich befinden, nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen zu verlassen oder von ihr bestimmte Orte oder öffentliche Orte nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen zu betreten. Unter den Voraussetzungen von Satz 1 kann die zuständige Behörde Veranstaltungen oder sonstige Ansammlungen von Menschen beschränken oder verbieten und Badeanstalten oder in § 33 genannte Gemeinschaftseinrichtungen oder Teile davon schließen. Eine Heilbehandlung darf nicht angeordnet werden. Die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes), der Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes), der Versammlungsfreiheit (Artikel 8 des Grundgesetzes), der Freizügigkeit (Artikel 11 Absatz 1 des Grundgesetzes) und der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) werden insoweit eingeschränkt.

(2) Wird festgestellt, dass eine Person in einer Gemeinschaftseinrichtung an Masern erkrankt, dessen verdächtig oder ansteckungsverdächtig ist, kann die zuständige Behörde Personen, die weder einen Impfschutz, der den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission entspricht, noch eine Immunität gegen Masern durch ärztliches Zeugnis nachweisen können, die in § 34 Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Verbote erteilen, bis eine Weiterverbreitung der Krankheit in der Gemeinschaftseinrichtung nicht mehr zu befürchten ist.

(3) Für Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 gilt § 16 Abs. 5 bis 8, für ihre Überwachung außerdem § 16 Abs. 2 entsprechend.

§ 28a Besondere Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

(1) Notwendige Schutzmaßnahmen im Sinne des § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) können für die Dauer der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 Satz 1 durch den Deutschen Bundestag insbesondere sein

1. Anordnung eines Abstandsgebots im öffentlichen Raum,

2. Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung (Maskenpflicht),

3. Ausgangs- oder Kontaktbeschränkungen im privaten sowie im öffentlichen Raum,

4. Verpflichtung zur Erstellung und Anwendung von Hygienekonzepten für Betriebe, Einrichtungen oder Angebote mit Publikumsverkehr,

5. Untersagung oder Beschränkung von Freizeitveranstaltungen und ähnlichen Veranstaltungen,

6. Untersagung oder Beschränkung des Betriebs von Einrichtungen, die der Freizeitgestaltung zuzurechnen sind,

7. Untersagung oder Beschränkung von Kulturveranstaltungen oder des Betriebs von Kultureinrichtungen,

8. Untersagung oder Beschränkung von Sportveranstaltungen und der Sportausübung,

9. umfassendes oder auf bestimmte Zeiten beschränktes Verbot der Alkoholabgabe oder des Alkoholkonsums auf bestimmten öffentlichen Plätzen oder in bestimmten öffentlich zugänglichen Einrichtungen,

10. Untersagung von oder Erteilung von Auflagen für das Abhalten von Veranstaltungen, Ansammlungen, Aufzügen, Versammlungen sowie religiösen oder weltanschaulichen Zusammenkünften,

11. Untersagung oder Beschränkung von Reisen; dies gilt insbesondere für touristische Reisen,

12. Untersagung oder Beschränkung von Übernachtungsangeboten,

13. Untersagung oder Beschränkung des Betriebs von gastronomischen Einrichtungen,

14. Schließung oder Beschränkung von Betrieben, Gewerben, Einzel- oder Großhandel,

15. Untersagung oder Beschränkung des Betretens oder des Besuchs von Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens,

16. Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne von § 33, Hochschulen, außerschulischen Einrichtungen der Erwachsenenbildung oder ähnlichen Einrichtungen oder Erteilung von Auflagen für die Fortführung ihres Betriebs oder

17. Anordnung der Verarbeitung der Kontaktdaten von Kunden, Gästen oder Veranstaltungsteilnehmern, um nach Auftreten einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 mögliche Infektionsketten nachverfolgen und unterbrechen zu können.

(2) Die Anordnung der folgenden Schutzmaßnahmen nach Absatz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 ist nur zulässig, soweit auch bei Berücksichtigung aller bisher getroffenen anderen Schutzmaßnahmen eine wirksame Eindämmung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erheblich gefährdet wäre:

1. Untersagung von Versammlungen oder Aufzügen im Sinne von Artikel 8 des Grundgesetzes und von religiösen oder weltanschaulichen Zusammenkünften nach Absatz 1 Nummer 10,

2. Anordnung einer Ausgangsbeschränkung nach Absatz 1 Nummer 3, nach der das Verlassen des privaten Wohnbereichs nur zu bestimmten Zeiten oder zu bestimmten Zwecken zulässig ist, und

3. Untersagung des Betretens oder des Besuchs von Einrichtungen im Sinne von Absatz 1 Nummer 15, wie zum Beispiel Alten- oder Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Entbindungseinrichtungen oder Krankenhäusern für enge Angehörige von dort behandelten, gepflegten oder betreuten Personen.

Schutzmaßnahmen nach Absatz 1 Nummer 15 dürfen nicht zur vollständigen Isolation von einzelnen Personen oder Gruppen führen; ein Mindestmaß an sozialen Kontakten muss gewährleistet bleiben.

(3) Entscheidungen über Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) nach Absatz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1, nach § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 und den §§ 29 bis 32 sind insbesondere an dem Schutz von Leben und Gesundheit und der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems auszurichten. Die Schutzmaßnahmen sollen unter Berücksichtigung des jeweiligen Infektionsgeschehens regional bezogen auf die Ebene der Landkreise, Bezirke oder kreisfreien Städte an den Schwellenwerten nach Maßgabe der Sätze 4 bis 12 ausgerichtet werden, soweit Infektionsgeschehen innerhalb eines Landes nicht regional übergreifend oder gleichgelagert sind. Die Länder Berlin und die Freie und Hansestadt Hamburg gelten als kreisfreie Städte im Sinne des Satzes 2. Maßstab für die zu ergreifenden Schutzmaßnahmen ist insbesondere die Anzahl der Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 je 100.000 Einwohnern innerhalb von sieben Tagen. Bei Überschreitung eines Schwellenwertes von über 50 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen sind umfassende Schutzmaßnahmen zu ergreifen, die eine effektive Eindämmung des Infektionsgeschehens erwarten lassen. Bei Überschreitung eines Schwellenwertes von über 35 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen sind breit angelegte Schutzmaßnahmen zu ergreifen, die eine schnelle Abschwächung des Infektionsgeschehens erwarten lassen. Unterhalb eines Schwellenwertes von 35 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen kommen insbesondere Schutzmaßnahmen in Betracht, die die Kontrolle des Infektionsgeschehens unterstützen. Vor dem Überschreiten eines Schwellenwertes sind die in Bezug auf den jeweiligen Schwellenwert genannten Schutzmaßnahmen insbesondere bereits dann angezeigt, wenn die Infektionsdynamik eine Überschreitung des jeweiligen Schwellenwertes in absehbarer Zeit wahrscheinlich macht. Bei einer bundesweiten Überschreitung eines Schwellenwertes von über 50 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen sind bundesweit abgestimmte umfassende, auf eine effektive Eindämmung des Infektionsgeschehens abzielende Schutzmaßnahmen anzustreben. Bei einer landesweiten Überschreitung eines Schwellenwertes von über 50 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen sind landesweit abgestimmte umfassende, auf eine effektive Eindämmung des Infektionsgeschehens abzielende Schutzmaßnahmen anzustreben. Nach Unterschreitung eines in den Sätzen 5 und 6 genannten Schwellenwertes können die in Bezug auf den jeweiligen Schwellenwert genannten Schutzmaßnahmen aufrechterhalten werden, soweit und solange dies zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erforderlich ist. Die in den Landkreisen, Bezirken oder kreisfreien Städten auftretenden Inzidenzen werden zur Bestimmung des nach diesem Absatz jeweils maßgeblichen Schwellenwertes durch das Robert Koch-Institut im Rahmen der laufenden Fallzahlenberichterstattung auf dem RKI-Dashboard unter der Adresse http://corona.rki.de im Internet veröffentlicht.

(4) Im Rahmen der Kontaktdatenerhebung nach Absatz 1 Nummer 17 dürfen von den Verantwortlichen nur personenbezogene Angaben sowie Angaben zum Zeitraum und zum Ort des Aufenthaltes erhoben und verarbeitet werden, soweit dies zur Nachverfolgung von Kontaktpersonen zwingend notwendig ist. Die Verantwortlichen haben sicherzustellen, dass eine Kenntnisnahme der erfassten Daten durch Unbefugte ausgeschlossen ist. Die Daten dürfen nicht zu einem anderen Zweck als der Aushändigung auf Anforderung an die nach Landesrecht für die Erhebung der Daten zuständigen Stellen verwendet werden und sind vier Wochen nach Erhebung zu löschen. Die zuständigen Stellen nach Satz 3 sind berechtigt, die erhobenen Daten anzufordern, soweit dies zur Kontaktnachverfolgung nach § 25 Absatz 1 erforderlich ist. Die Verantwortlichen nach Satz 1 sind in diesen Fällen verpflichtet, den zuständigen Stellen nach Satz 3 die erhobenen Daten zu übermitteln. Eine Weitergabe der übermittelten Daten durch die zuständigen Stellen nach Satz 3 oder eine

Weiterverwendung durch diese zu anderen Zwecken als der Kontaktnachverfolgung ist ausgeschlossen. Die den zuständigen Stellen nach Satz 3 übermittelten Daten sind von diesen unverzüglich irreversibel zu löschen, sobald die Daten für die Kontaktnachverfolgung nicht mehr benötigt werden.

(5) Rechtsverordnungen, die nach § 32 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 und § 28a Absatz 1 erlassen werden, sind mit einer allgemeinen Begründung zu versehen und zeitlich zu befristen. Die Geltungsdauer beträgt grundsätzlich vier Wochen; sie kann verlängert werden.

(6) Schutzmaßnahmen nach Absatz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1, nach § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 und nach den §§ 29 bis 31 können auch kumulativ angeordnet werden, soweit und solange es für eine wirksame Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erforderlich ist. Bei Entscheidungen über Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) sind soziale, gesellschaftliche und wirtschaftliche Auswirkungen auf den Einzelnen und die Allgemeinheit einzubeziehen und zu berücksichtigen, soweit dies mit dem Ziel einer wirksamen Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vereinbar ist. Einzelne soziale, gesellschaftliche oder wirtschaftliche Bereiche, die für die Allgemeinheit von besonderer Bedeutung sind, können von den Schutzmaßnahmen ausgenommen werden, soweit ihre Einbeziehung zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) nicht zwingend erforderlich ist.

(7) Nach dem Ende einer durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite können die Absätze 1 bis 6 auch angewendet werden, soweit und solange sich die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) nur in einzelnen Ländern ausbreitet und das Parlament in einem betroffenen Land die Anwendbarkeit der Absätze 1 bis 6 dort feststellt.

§ 29 Beobachtung

(1) Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige und Ausscheider können einer Beobachtung unterworfen werden.

(2) Wer einer Beobachtung nach Absatz 1 unterworfen ist, hat die erforderlichen Untersuchungen durch die Beauftragten des Gesundheitsamtes zu dulden und den Anordnungen des Gesundheitsamtes Folge zu leisten. § 25 Absatz 3 gilt entsprechend. Eine Person nach Satz 1 ist ferner verpflichtet, den Beauftragten des Gesundheitsamtes zum Zwecke der Befragung oder der Untersuchung den Zutritt zu seiner Wohnung zu gestatten, auf Verlangen ihnen über alle seinen Gesundheitszustand betreffenden Umstände Auskunft zu geben und im Falle des Wechsels der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltes unverzüglich dem bisher zuständigen Gesundheitsamt Anzeige zu erstatten. Die Anzeigepflicht gilt auch bei Änderungen einer Tätigkeit im Lebensmittelbereich im Sinne von § 42 Abs. 1 Satz 1 oder in Einrichtungen im Sinne von § 23 Absatz 5 oder § 36 Absatz 1 sowie beim Wechsel einer Gemeinschaftseinrichtung im Sinne von § 33. § 16 Abs. 2 Satz 4 gilt entsprechend. Die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG), der Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 GG) und der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 GG) werden insoweit eingeschränkt.

§ 30 Absonderung

(1) Die zuständige Behörde hat anzuordnen, dass Personen, die an Lungenpest oder an von Mensch zu Mensch übertragbarem hämorrhagischem Fieber erkrankt oder dessen verdächtig sind, unverzüglich in einem Krankenhaus oder einer für diese Krankheiten geeigneten Einrichtung abgesondert werden. Bei sonstigen Kranken sowie Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern kann angeordnet werden, dass sie in einem geeigneten Krankenhaus oder in sonst geeigneter Weise abgesondert werden, bei Ausscheidern jedoch nur, wenn sie andere Schutzmaßnahmen nicht befolgen, befolgen können oder befolgen würden und dadurch ihre Umgebung gefährden.

(2) Kommt der Betroffene den seine Absonderung betreffenden Anordnungen nicht nach oder ist nach seinem bisherigen Verhalten anzunehmen, dass er solchen Anordnungen nicht ausreichend Folge leisten wird, so ist er zwangsweise durch Unterbringung in einem abgeschlossenen Krankenhaus oder einem abgeschlossenen Teil eines Krankenhauses abzusondern. Ansteckungsverdächtige und Ausscheider können auch in einer anderen geeigneten abgeschlossenen Einrichtung abgesondert werden. Das Grundrecht der Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 GG) kann insoweit eingeschränkt werden. Buch 7 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit gilt entsprechend.

(3) Der Abgesonderte hat die Anordnungen des Krankenhauses oder der sonstigen Absonderungseinrichtung zu befolgen und die Maßnahmen zu dulden, die der Aufrechterhaltung eines ordnungsgemäßen Betriebs der Einrichtung oder der Sicherung des Unterbringungszwecks dienen. Insbesondere dürfen ihm Gegenstände, die unmittelbar oder mittelbar einem Entweichen dienen können, abgenommen und bis zu seiner Entlassung anderweitig verwahrt werden. Für ihn eingehende oder von ihm ausgehende Pakete und schriftliche Mitteilungen können in seinem Beisein geöffnet und zurückgehalten werden, soweit dies zur Sicherung des Unterbringungszwecks erforderlich ist. Die bei der Absonderung erhobenen personenbezogenen Daten sowie die über Pakete und schriftliche Mitteilungen gewonnenen Erkenntnisse dürfen nur für Zwecke dieses Gesetzes verarbeitet werden. Postsendungen von Gerichten, Behörden, gesetzlichen Vertretern, Rechtsanwälten, Notaren oder Seelsorgern dürfen weder geöffnet noch zurückgehalten werden; Postsendungen an solche Stellen oder Personen dürfen nur geöffnet und zurückgehalten werden, soweit dies zum Zwecke der Entseuchung notwendig ist. Die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG), der Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 GG) und das Grundrecht des Brief- und Postgeheimnisses (Artikel 10 GG) werden insoweit eingeschränkt.

(4) Der behandelnde Arzt und die zur Pflege bestimmten Personen haben freien Zutritt zu abgesonderten Personen. Dem Seelsorger oder Urkundspersonen muss, anderen Personen kann der behandelnde Arzt den Zutritt unter Auferlegung der erforderlichen Verhaltensmaßregeln gestatten.

(5) Die Träger der Einrichtungen haben dafür zu sorgen, dass das eingesetzte Personal sowie die weiteren gefährdeten Personen den erforderlichen Impfschutz oder eine spezifische Prophylaxe erhalten.

(6) Die Länder haben dafür Sorge zu tragen, dass die nach Absatz 1 Satz 1 notwendigen Räume, Einrichtungen und Transportmittel zur Verfügung stehen.

(7) Die zuständigen Gebietskörperschaften haben dafür zu sorgen, dass die nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 notwendigen Räume, Einrichtungen und Transportmittel sowie das erforderliche Personal zur Durchführung von Absonderungsmaßnahmen außerhalb der Wohnung zur Verfügung stehen. Die Räume und Einrichtungen zur Absonderung nach Absatz 2 sind nötigenfalls von den Ländern zu schaffen und zu unterhalten.

§ 31 Berufliches Tätigkeitsverbot

Die zuständige Behörde kann Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten ganz oder teilweise untersagen. Satz 1 gilt auch für sonstige Personen, die Krankheitserreger so in oder an sich tragen, dass im Einzelfall die Gefahr einer Weiterverbreitung besteht.

§ 32 Erlass von Rechtsverordnungen

Die Landesregierungen werden ermächtigt, unter den Voraussetzungen, die für Maßnahmen nach den §§ 28 bis 31 maßgebend sind, auch durch Rechtsverordnungen entsprechende Gebote und Verbote zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu erlassen. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen. Die Grundrechte der Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 GG), der Freizügigkeit (Artikel 11 Abs. 1 GG), der Versammlungsfreiheit (Artikel 8 GG), der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 GG) und des Brief- und Postgeheimnisses (Artikel 10 GG) können insoweit eingeschränkt werden."

Weiterhin werden gerügt:

Bundesland Brandenburg

(2) Verordnung über befristete Eindämmungsmaßnahmen aufgrund des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 im Land Brandenburg (SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung - SARS-CoV-2-EindV) vom 30. Oktober 2020 (Brandenburg GVBl. II/20, [Nr. 103])

– im Folgenden: SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.10.2020 –

(3) Zweite Verordnung über befristete Eindämmungsmaßnahmen aufgrund des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 im Land Brandenburg (Zweite SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung - 2. SARS-CoV-2-EindV) vom 30. November 2020 (GVBl. II/20, [Nr. 110])

– im Folgenden: SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.11.2020 –

(4) Verordnung zu Quarantänemaßnahmen für Ein- und Rückreisende zur Bekämpfung des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 in Brandenburg (SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung - SARS-CoV-2-QuarV) vom 4. November 2020 (GVBl. II/20, [Nr. 104]), geändert durch Verordnung vom 13. November 2020 (GVBl. II/20, [Nr. 105])

– im Folgenden: SARS-CoV-2- QuarVO Brandenburg 13.11.2020 –

Bundesland Berlin

(5) Zwölfte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung vom 17. November 2020 (Berlin GVOBl. S. 886)

– im Folgenden: SARS-CoV-2-VO Berlin 17.11.2020 –

(6) Dreizehnte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung vom 26. November 2020 (Berlin GVOBl. S. 922)

– im Folgenden: SARS-CoV-2-VO Berlin 26.11.2020 –

II. Abstandsgebote und Kontaktbeschränkungen: Eingriffe in die allgemeine Handlungsfreiheit gemäß Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG und den Schutz der Familie gemäß Art. 6 Abs. 1 GG

1. Schutzbereich allgemeine Handlungsfreiheit gemäß Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG

Geschützt wird die allgemeine Handlungsfreiheit im umfassenden Sinne (jüngst etwa BVerfG BeckRS 2020, 19650 Rn. 34 zum sog. „Containern“; BVerfG NJW 2008, 3698; BVerfGE 80, 137 (152) = NJW 1994, 1577 (1578)). Erfasst wird also alles menschliche Verhalten, ohne Rücksicht darauf, ob es unter sozialethischen Gesichtspunkten wertvoll ist oder ob es sich lediglich als Ausdruck personaler Willkür darstellt (BVerfGE 90, 145 (171) = NJW 1994, 1577 = JZ 1994, 863 = MDR 1994, 813 = StV 1994, 295; 90, 145 (152) = NJW 1994, 1577 (1578) – Recht auf Rausch, das freilich nach Maßgabe der Schranken des Art. 2 Abs. 1 beschränkbar ist); plastisch Hufen StaatsR II § 14 Rn. 5 „… wegen Art. 2 Abs. 1 GG (ist) grundsätzlich alles erlaubt, was nicht ausdrücklich verboten wurde und nicht grundsätzlich alles verboten, was nicht besonders erlaubt wurde.“ (zum Ganzen BeckOK GG/Lang, 44. Ed. 15.8.2020, GG Art. 2 Rn. 3).

2. Schutzbereich Schutz der Familie gemäß Art. 6 Abs. 1 GG

Familie ist nach der ständigen Rechtsprechung des BVerfG die umfassende Gemeinschaft von Eltern und ihren Kindern, in der den Eltern vor allem Rechte und Pflichten zur Pflege und Erziehung der Kinder erwachsen (BVerfGE 10, 59 (66) = NJW 1959, 1483; BVerfGE 48, 327 (339) = NJW 1978, 2289; BVerfGE 108, 82 (112) = NJW 2003, 2151; BVerfGE 127, 263 (287 ff.) = NJW 2011, 1793). Präziser gefasst, ist sie die tatsächliche Lebens- und Erziehungsgemeinschaft von Eltern und Kindern (BVerfGE 80, 81 (90 f.) = NJW 1989, 2195; BVerfGE 127, 263

(287) = NJW 2011, 1793; BVerfGE 133, 59 (82) = NJW 2013, 847; BVerfG NJW 2019, 1793 (1795); zum Familienverständnis des BVerfG Britz NZFam 2018, 289; BerlKomm GG/Burgi Rn. 20 f.). In den verschiedenen Phasen ihrer Entwicklung kann sie von einer Lebens- und Erziehungsgemeinschaft zur Haus- und schließlich zur Begegnungsgemeinschaft werden (BVerfGE 80, 81 (90 f.) = NJW 1989, 2195; zur „Lebens- und Erziehungsgemeinschaft" BVerfGE 108, 82 (112) = NJW 2003, 2151; zur „Hausgemeinschaft" BVerfG (K) NVwZ 2009, 387 (388); zur „Begegnungsgemeinschaft" BVerfGK 6, 68 (71) = NVwZ-RR 2005, 825). Ihre Bedeutung kann „mit keiner anderen menschlichen Bindung verglichen werden" (BVerfGE 6, 55 (71) = NJW 1957, 417; BVerfGE 24, 119 (149) = NJW 1968, 2233 (zum Ganzen BeckOK GG/Uhle, 44. Ed. 15.8.2020, GG Art. 6 Rn. 14).

3. SARS-CoV-2-VO Berlin 17.11.2020

Die SARS-CoV-2-VO 17.11.2020 Berlin bestimmte hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 100 – 1000 EUR (vgl. § 12 Abs. 1, 2, 3 Nr. 1 i.V.m. der Bußgeldkatalog-Anlage zu § 12) bei einem Verstoß gegen die Regelungen, die unterstrichen sind:

> **§ 1 Grundsätzliche Pflichten**
>
> <u>(1) Jede Person ist angehalten, die physisch sozialen Kontakte zu anderen Menschen außerhalb des eigenen Haushaltes auf das absolut nötige Minimum zu reduzieren. Dies gilt insbesondere für Personen, die Symptome einer Erkrankung mit COVID-19 im Sinne der dafür jeweils aktuellen Kriterien des Robert Koch-Instituts aufweisen.</u>
>
> <u>(2) Bei Kontakten zu anderen Menschen, einschließlich aller Zusammenkünfte und Veranstaltungen auch im privaten Bereich, ist ein Mindestabstand von 1,5 Metern einzuhalten</u>. Satz 1 gilt nicht, sofern eine körperliche Nähe unter 1,5 Metern nach den Umständen nicht zu vermeiden ist, insbesondere
>
> 1. bei der Erbringung von Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung und Pflege einschließlich der Versorgung mit Heil-, Hilfs- und Pflegehilfsmitteln,
>
> 2. in der Kindertagesförderung im Sinne des § 22 des Achten Buches Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) geändert worden ist, in Schulen einschließlich der Einrichtungen des Zweiten Bildungsweges im Sinne des Schulgesetzes vom 26. Januar 2004 (GVBl. S. 26), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juni 2020 (GVBl. S. 538) geändert worden ist, sowie in der beruflichen Bildung,
>
> 3. bei der Erbringung körpernaher Dienstleistungen
>
> 4. wegen der baulich bedingten Enge notwendigerweise von mehreren Personen zeitgleich zu nutzender Räumlichkeiten, zum Beispiel in öffentlichen Verkehrsmitteln oder Kraftfahrzeugen oder

5. wenn ein Hygienerahmenkonzept nach § 2 Absatz 3 ausnahmsweise eine Unterschreitung des Mindestabstandes von 1,5 Metern vorsieht und andere Maßnahmen zur Gewährleistung des Infektionsschutzes vorhanden sind.

(3) Absatz 1 und 2 gelten nicht für Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partner, Angehörige des eigenen Haushalts und für Personen, für die ein Sorge- oder Umgangsrecht besteht, sowie im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden.

(4) Der Aufenthalt im öffentlichen Raum im Freien, insbesondere auf Straßen, Wegen, Plätzen und in Grünanlagen ist nur allein, im Kreise der in § 1 Absatz 3 genannten Personen, oder für Angehörige des eigenen Haushaltes und zwei weitere Personen aus verschiedenen Haushalten oder eines weiteren Haushaltes gestattet; es gilt eine Personenobergrenze von höchstens zehn zeitgleich anwesenden Personen. Satz 1 gilt nicht für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres aus einer gemeinsamen Betreuungs- oder Unterrichtsgruppe.

[…]

4. SARS-CoV-2-VO Berlin 26.11.2020

Die SARS-CoV-2-VO 26.11.2020 Berlin bestimmt hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 100 – 1.000 EUR (vgl. § 12 Abs. 1, 2, 3 Nr. 1, 1a i.V.m. der Bußgeldkatalog-Anlage zu § 12) bei einem Verstoß gegen die Regelungen, die unterstrichen sind:

§ 1 Grundsätzliche Pflichten

(1) Jede Person ist angehalten, die physisch sozialen Kontakte zu anderen Menschen außerhalb des eigenen Haushaltes auf das absolut nötige Minimum zu reduzieren. Dies gilt insbesondere für Personen, die Symptome einer Erkrankung mit COVID-19 im Sinne der dafür jeweils aktuellen Kriterien des Robert Koch-Instituts aufweisen. Die eigene Häuslichkeit sollte nur aus wichtigen Gründen verlassen werden. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind angehalten, unbürokratisch Home-Office für ihre Beschäftigten zu ermöglichen. Insbesondere ist jedermann angehalten, auf Reisen zu verzichten.

(2) Bei Kontakten zu anderen Menschen, ist einschließlich aller Zusammenkünfte und Veranstaltungen auch im privaten Bereich ein Mindestabstand von 1,5 Metern einzuhalten. Satz 1 gilt nicht, sofern eine körperliche Nähe unter 1,5 Metern nach den Umständen nicht zu vermeiden ist, insbesondere

1. bei der Erbringung von Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung und Pflege einschließlich der Versorgung mit Heil-, Hilfs- und Pflegehilfsmitteln,

2. in der Kindertagesförderung im Sinne des § 22 des Achten Buches Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 5 des Gesetzes vom 9. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2075) geändert worden ist, in Schulen einschließlich der Einrichtungen des Zweiten Bildungsweges im Sinne des Schulgesetzes vom 26. Januar 2004 (GVBl. S. 26), das zuletzt durch Artikel 35 des Gesetzes vom 12. Oktober 2020 (GVBl. S. 807) geändert worden ist, sowie in der beruflichen Bildung,

3. bei der Erbringung körpernaher Dienstleistungen

4. wegen der baulich bedingten Enge notwendigerweise von mehreren Personen zeitgleich zu nutzender Räumlichkeiten, zum Beispiel in öffentlichen Verkehrsmitteln oder Kraftfahrzeugen oder

5. wenn ein Hygienerahmenkonzept oder eine Rechtsverordnung nach § 2 Absatz 3 ausnahmsweise eine Unterschreitung des Mindestabstandes von 1,5 Metern vorsieht und andere Maßnahmen zur Gewährleistung des Infektionsschutzes vorhanden sind.

(3) Absatz 1 und 2 gelten nicht für Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partner, Angehörige des eigenen Haushalts und für Personen, für die ein Sorge- oder Umgangsrecht besteht, sowie im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden.

(4) Der Aufenthalt im öffentlichen Raum im Freien, insbesondere auf Straßen, Wegen, Plätzen und in Grünanlagen ist nur allein, im Kreise der in § 1 Absatz 3 genannten Personen oder mit Angehörigen eines weiteren Haushaltes gestattet; es gilt eine Personenobergrenze von höchstens fünf zeitgleich anwesenden Personen. Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres werden nicht mitgezählt.

(5) Absatz 4 gilt nicht

1. für Aufenthalte im öffentlichen Raum zum Zweck der Berichterstattung durch Vertreterinnen und Vertreter von Presse, Rundfunk, Film oder anderen Medien,
2. für die Ausübung beruflicher, mandatsbezogener oder ehrenamtlicher Tätigkeiten, einschließlich der jahreszeitlich bedingt erforderlichen Bewirtschaftung landwirtschaftlicher, gartenbaulicher und forstwirtschaftlicher Flächen und für politische Werbung durch nicht mehr als zwei Personen gegenüber Einzelpersonen oder einzelnen Personengruppen im Sinne von Absatz 3 um die Unterstützung von Parteien und Wählergemeinschaften sowie von Volksbegehren, Volksinitiativen, Bürgerbegehren und Einwohneranträgen.
3. für die Benutzung des öffentlichen Personennahverkehrs, von Eisenbahnen und Flugzeugen, Fähren, Fahrgastschiffen und von Kraftfahrzeugen, mit denen eine entgeltliche oder geschäftsmäßige Beförderung erfolgt oder die zu beruflichen und dienstlichen Zwecken von Mitarbeitenden gemeinsam genutzt werden müssen.
4. für die Durchführung von pädagogisch begleiteten Außenaktivitäten von öffentlichen Schulen und Schulen in freier Trägerschaft einschließlich der Einrichtungen des Zweiten Bildungsweges sowie freier Einrichtungen im Sinne des Schulgesetzes vom 26. Januar 2004 (GVBl. S. 26), das zuletzt durch Artikel 35 des Gesetzes vom 12. Oktober 2020 (GVBl. S. 807) geändert worden ist, von Tageseinrichtungen und Angeboten der Kindertagespflege im Sinne des Kindertagesförderungsgesetzes vom 23. Juni 2005 (GVBl. S. 322), das zuletzt durch Artikel 30 des Gesetzes vom 12. Oktober 2020 (GVBl. S. 807) geändert worden ist, sowie im Rahmen privat organisierter Kinderbetreuung sowie von Angeboten der Jugendhilfe,
5. für wohnungslose Menschen, soweit und sofern sie nicht kommunal oder ordnungsrechtlich untergebracht sind und die Personenobergrenze von höchstens zehn zeitgleich anwesenden Personen nicht überschritten wird,
6. für die Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe

5. SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.10.2020

SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.10.2020 bestimmte hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 50 – 250 EUR (vgl. § 23 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. Anlage zu § 23 Abs. 3), bei einem Verstoß gegen die Regelungen, die unterstrichen sind:

§ 4 Kontaktbeschränkungen im öffentlichen Raum

(1) Der gemeinsame Aufenthalt im öffentlichen Raum ist nur mit den Angehörigen des eigenen Haushalts und mit Personen eines weiteren Haushalts gestattet, jedoch nur mit höchstens bis zu zehn Personen.

(2) Absatz 1 gilt nicht für

1. die Wahrnehmung des Sorge- oder Umgangsrechts oder eines familiengerichtlich angeordneten begleiteten Umgangs,

2. die Begleitung unterstützungsbedürftiger Personen,

3. begleitete Außenaktivitäten mit Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, insbesondere von Grundschulen, Kindertagesstätten, Kindertagespflegestellen und Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Eingliederungshilfe oder im Rahmen einer nachbarschaftlich organisierten Kinderbetreuung,

4. die Ausübung beruflicher, dienstlicher oder der Umsetzung öffentlich-rechtlicher Aufgaben dienender ehrenamtlicher Tätigkeiten, bei denen ein Zusammenwirken mehrerer Personen zwingend erforderlich ist.

§ 23 Bußgeldtatbestände

(1) Ordnungswidrig im Sinne des § 73 Absatz 1a Nummer 24 des Infektionsschutzgesetzes handelt, wer

[…]

2. vorsätzlich entgegen § 4 Absatz 1 sich mit weiteren Personen im öffentlichen Raum aufhält,

[…]

(2) Ordnungswidrigkeiten im Sinne des Absatzes 1 können mit einer Geldbuße bis zu 25 000 Euro geahndet werden.

(3) Die Regelsätze für Geldbußen wegen einer Ordnungswidrigkeit nach Absatz 1 sind als Anlage veröffentlicht.

Anlage

(zu § 23 Absatz 3)

Bußgeldkatalog für Ordnungswidrigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz im Zusammenhang mit dieser Verordnung

Bei Ordnungswidrigkeiten nach dieser Verordnung, die im Rahmen dieses Bußgeldkatalogs aufgeführt sind, **ist**[51] eine Geldbuße nach den darin bestimmten Beträgen festzusetzen. Die im Bußgeldkatalog bestimmten Beträge sind Regelsätze. Die Festlegung des konkreten Bußgeldes innerhalb des

[51] Hervorhebung durch Verfasser.

vorgegebenen Rahmens erfolgt im pflichtgemäßen Ermessen der zuständigen Verwaltungsbehörde. Hierbei sind unter anderem

- das Ausmaß der durch die Tat entstandenen Gefahren für die öffentliche Gesundheit,
- ein durch den Verstoß für die Täterin oder den Täter gegebenenfalls entstandener wirtschaftlicher Vorteil aus der Tat und dessen Höhe,
- ein gegebenenfalls fahrlässiges Handeln der Täterin oder des Täters,
- die Einsichtigkeit der Täterin oder des Täters oder
- vorangegangene Verstöße der Täterin oder des Täters gegen diese Verordnung
- zu berücksichtigen.

[…]

6. SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.11.2020

SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.11.2020 bestimmt hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 50 – 250 EUR bzw. 250 – 1000 EUR (vgl. § 25 Abs. 1 Nr. 4 und 17 i.V.m. Anlage zu § 25 Abs. 3) bei einem Verstoß gegen die Regelungen, die unterstrichen sind:

§ 4 Kontaktbeschränkungen im öffentlichen Raum

<u>(1) Der gemeinsame Aufenthalt im öffentlichen Raum ist nur mit den Angehörigen des eigenen Haushalts und mit Personen eines weiteren Haushalts gestattet, wobei im letztgenannten Fall der Aufenthalt auf insgesamt höchstens fünf Personen beschränkt ist; Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bleiben unberücksichtigt.</u>

(2) Absatz 1 gilt nicht für

1. die Wahrnehmung des Sorge- oder Umgangsrechts oder eines familiengerichtlich angeordneten begleiteten Umgangs,
2. die Begleitung unterstützungsbedürftiger Personen,
3. begleitete Außenaktivitäten mit Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, insbesondere von Grundschulen, Kindertagesstätten, Kindertagespflegestellen und Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Eingliederungshilfe oder im Rahmen einer nachbarschaftlich organisierten Kinderbetreuung,
4. die Ausübung beruflicher, dienstlicher oder der Erfüllung öffentlich-rechtlicher Aufgaben dienender ehrenamtlicher Tätigkeiten, bei denen ein Zusammenwirken mehrerer Personen zwingend erforderlich ist.

§ 7 Veranstaltungen und Zusammenkünfte

[…]

<u>(5) Private Feiern und sonstige Zusammenkünfte im Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis im privaten Wohnraum und im dazugehörigen befriedeten Besitztum oder in öffentlichen oder angemieteten Räumen, an denen Personen aus mehr als zwei Haushalten oder mehr als fünf Personen aus mehr als einem Haushalt teilnehmen, sind untersagt; Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr sowie Personen nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 und 2 bleiben unberücksichtigt.</u>

§ 25 Bußgeldtatbestände

(1) Ordnungswidrig im Sinne des § 73 Absatz 1a Nummer 24 des Infektionsschutzgesetzes handelt, wer

[…]

(2) Ordnungswidrigkeiten im Sinne des Absatzes 1 können mit einer Geldbuße bis zu 25 000 Euro geahndet werden.
(3) Die Regelsätze für Geldbußen wegen einer Ordnungswidrigkeit nach Absatz 1 sind als Anlage veröffentlicht.

Anlage (zu § 25 Absatz 3)
Bußgeldkatalog für Ordnungswidrigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz im Zusammenhang mit dieser Verordnung

Bei Ordnungswidrigkeiten nach dieser Verordnung, die im Rahmen dieses Bußgeldkatalogs aufgeführt sind, **ist**[52] eine Geldbuße nach den darin bestimmten Beträgen festzusetzen. Die im Bußgeldkatalog bestimmten Beträge sind Regelsätze.
Die Festlegung des konkreten Bußgeldes innerhalb des vorgegebenen Rahmens erfolgt im pflichtgemäßen Ermessen der zuständigen Verwaltungsbehörde. Hierbei sind unter anderem

- das Ausmaß der durch die Tat entstandenen Gefahren für die öffentliche Gesundheit,
- ein durch den Verstoß für die Täterin oder den Täter gegebenenfalls entstandener wirtschaftlicher Vorteil aus der Tat und dessen Höhe,
- ein gegebenenfalls fahrlässiges Handeln der Täterin oder des Täters,
- die Einsichtigkeit der Täterin oder des Täters oder
- vorangegangene Verstöße der Täterin oder des Täters gegen diese Verordnung

zu berücksichtigen.

7. Eingriffe

Die Eingriffe in die allgemeine Handlungsfreiheit und in das Recht auf Familie liegen auf der Hand. So war es mir in Brandenburg vor dem 30.11.2020 ohne Bußgeld und in Berlin vor dem 26.11.2020 bußgeldbewehrt untersagt, anderen Menschen näher als 1,50 m zu kommen, sofern keine Ausnahmetatbestände vorlagen. Sonst übliche Freundlichkeiten und Zeichen von Menschlichkeit mit Freunden oder entfernteren Familienmitgliedern, wie Begrüßung per Handschlag oder Umarmungen waren nicht möglich. Auch war es mir beispielsweise verwehrt, meinen Eltern, die nicht zu meinem Hausstand gehören, sondern in der Nähe von ### wohnen, oder meiner Schwester mit ihrem Mann und Kind, die in der Nähe von ### wohnen, nahezukommen. Das macht beispielsweise auch eine persönliche Begegnung schwierig, zumal in diesen Zeiten durchaus auch Trost durch eine Umarmung gespendet werden könnte. Dies ist bei unseren gemeinsamen Besuchen und den Ausflügen der Familie von ### nach ### nicht möglich. In Brandenburg war es gar verwehrt, sich mit Angehörigen von mehr als zwei Haushalten im öffentlichen Raum unter freiem Himmel gemeinsam aufzuhalten. Ich kann mich daher maximal mit einem Freund gleichzeitig treffen; Treffen zu dritt oder in Gruppen sind nicht möglich. Auch ist es nicht möglich, überhaupt Besuch von meiner

[52] Hervorhebung durch Verfasser.

Schwester mit Mann und Kind und von meinen Eltern gleichzeitig zu empfangen und sich draußen aufzuhalten.

Seit den Neufassungen der beiden Coronaverordnungen in Brandenburg (30.11.2020) und Berlin (26.11.2020) sind die Regeln noch restriktiver, insbesondere wurden die Treffen im öffentlichen Raum auf fünf erwachsene Personen bußgeldbewehrt beschränkt. Meine Familie bestehend aus drei Haushalten (Eltern und Schwester mit Anhang) kann darf ich nicht mehr in ### in meiner Wohnung gemeinsam empfangen.

III. Pflicht zur Anwesenheitsdokumentation: Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht in Form des Rechtes auf informationelle Selbstbestimmung gemäß Art. 2 Abs. 1 GG sowie in die allgemeine Handlungsfreiheit gemäß Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG

1. Schutzbereiche

Das in der Rechtsprechung des BVerfG entwickelte Recht auf informationelle Selbstbestimmung (grundlegend BVerfGE 65, 1 ff. = NJW 1984, 419 – Volkszählungsurteil) geht über den Schutz der Privatsphäre hinaus (BVerfG NJW 2008, 822 (826)). Es flankiert und erweitert den grundrechtlichen Schutz und kann auch schon bei bloßen Gefährdungen damit im Vorfeld von Bedrohungen des Persönlichkeitsrechts aktiviert werden (BVerfG BeckRS 2018, 37186 Rn. 37 – automatisierte Kraftfahrzeugkennzeichenkontrollen). Schon im bereits erwähnten berühmten Volkszählungsurteil hat das BVerfG das besondere Schutzbedürfnis im Hinblick auf die Bedingungen der automatischen Datenverarbeitung gesehen und das in die plastische Formulierung gekleidet, unter den Bedingungen der modernen Datenverarbeitung gäbe es „kein belangloses Datum“ mehr (BVerfGE 65, 1 (45)). Deshalb bedarf der Persönlichkeitsschutz in diesem Kontext einer „Firewall“ gegen eine unbegrenzte Erhebung, Speicherung, Verwendung und Weitergabe persönlichen Daten. Sie liegt im Ausgangspunkt in der Befugnis des Einzelnen, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner Daten zu bestimmen (vgl. BVerfGE 65, 1 (42 f.)); und entfaltet im Weiteren Schutzwirkung durch das Erfordernis einer verhältnismäßigen Abwägung der für und gegen eine Preisgabe persönlicher Daten sprechenden Belange (BVerfGE 120, 274 (315)), (vgl. zum Ganzen BeckOK GG/Lang, 44. Ed. 15.8.2020, GG Art. 2 Rn. 45).

Wegen des Schutzbereichs der allgemeinen Handlungsfreiheit gemäß Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG wird auf die obigen Ausführungen Bezug genommen.

2. SARS-CoV-2-VO Berlin 17.11.2020

SARS-CoV-2-VO Berlin 17.11.2020 bestimmte hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 100 – 1000 EUR (vgl. § 12 Abs. 3 Nr. 5 i.V.m. der Bußgeldkatalog-Anlage zu § 12), bei einem Verstoß gegen die Regelungen, die unterstrichen sind:

§ 3 Anwesenheitsdokumentation

(1) Über § 2 hinaus haben die Verantwortlichen für

1. Veranstaltungen und Zusammenkünfte

2. Kantinen,

3. Hotels,

4. (aufgehoben)

5. (aufgehoben)

6. Dienstleistungsgewerbe im Bereich der körpernahen Dienstleistungen,

7. den Sportbetrieb in gedeckten Sportanlagen einschließlich Hallenbädern, in der Sportausübung dienenden Räumen und für sportbezogene Angebote sowie für den Sportbetrieb im Freien nach § 5 Absatz 7 Satz 1 Buchstabe b) sowie

8. staatliche, private und konfessionelle Hochschulen für Veranstaltungsräume, in denen der Präsenzbetrieb durchgeführt wird

eine Anwesenheitsdokumentation zu führen, soweit geschlossene Räume betroffen sind und es sich im Falle der Nummer 2 nicht ausschließlich um die Abholung von Speisen oder Getränken handelt. Die Verantwortlichen für Veranstaltungen haben eine Anwesenheitsdokumentation auch zu führen, soweit die Veranstaltung ganz oder teilweise im Freien stattfindet. Die Verantwortlichen für Kantinen haben eine Anwesenheitsdokumentation auch zu führen, soweit Speisen oder Getränke im Freien serviert oder im Wege der Selbstbedienung zum Verzehr im Bereich der genehmigten Außengastronomie abgegeben werden.

(2) Die Anwesenheitsdokumentation darf ausschließlich zum Vollzug infektionsschutzrechtlicher Vorschriften, insbesondere zur Kontaktnachverfolgung genutzt werden und muss die folgenden Angaben enthalten:

1. Vor- und Familienname,

2. Telefonnummer,

3. Bezirk oder Gemeinde des Wohnortes oder des Ortes des ständigen Aufenthaltes

4. vollständige Anschrift oder E-Mail-Adresse,

5. Anwesenheitszeit und

6. Platz- oder Tischnummer, sofern vorhanden.

Die Anwesenheitsdokumentation nach Satz 1 ist für die Dauer von vier Wochen nach Ende der Veranstaltung oder Inanspruchnahme einer Dienstleistung geschützt vor Einsichtnahme durch Dritte aufzubewahren oder zu speichern. Die Anwesenheitsdokumentation ist den zuständigen Behörden zur Kontrolle der Verpflichtungen nach Absatz 1, 3 und 4 auf Verlangen zugänglich zu machen. Darüber hinaus ist den zuständigen Behörden auf Verlangen die Anwesenheitsdokumentation auszuhändigen oder ihnen

auf sonstige geeignete Weise der Zugriff zu ermöglichen, wenn festgestellt wird, dass eine Person zum Zeitpunkt der Veranstaltung, des Besuchs oder der Inanspruchnahme der Dienstleistung krank, krankheitsverdächtig, ansteckungsverdächtig oder Ausscheiderin oder Ausscheider im Sinne des Infektionsschutzgesetzes war. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist ist die Anwesenheitsdokumentation zu löschen oder zu vernichten.

(3) Anwesende Personen wie Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Gäste, Besucherinnen und Besucher, Kundinnen und Kunden oder Nutzerinnen und Nutzer sind verpflichtet, die Angaben nach Absatz 2 Satz 1 vollständig und wahrheitsgemäß zu machen.

(4) Die Verantwortlichen im Sinne des Absatz 1 haben anwesenden Personen, die unvollständige oder offensichtlich falsche Angaben machen, den Zutritt oder den weiteren Verbleib zu verwehren.

[…]

3. SARS-CoV-2-VO Berlin 26.11.2020

SARS-CoV-2-VO Berlin 26.11.2020 bestimmte hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 100 – 1000 EUR (vgl. § 12 Abs. 3 Nr. 5 i.V.m. der Bußgeldkatalog-Anlage zu § 12) bei einem Verstoß gegen die Regelungen, die unterstrichen sind:

§ 3 Anwesenheitsdokumentation

(1) Über § 2 hinaus haben die Verantwortlichen für

1. Veranstaltungen und Zusammenkünfte
2. Kantinen,
3. Hotels,
4. (aufgehoben)
5. (aufgehoben)
6. Dienstleistungsgewerbe im Bereich der körpernahen Dienstleistungen,
7. den Sportbetrieb in gedeckten Sportanlagen einschließlich Hallenbädern, in der Sportausübung dienenden Räumen und für sportbezogene Angebote sowie für den Sportbetrieb im Freien nach § 5 Absatz 7 Satz 1 Buchstabe b) und c) sowie
8. staatliche, private und konfessionelle Hochschulen für Veranstaltungsräume, in denen der Präsenzbetrieb durchgeführt wird

eine Anwesenheitsdokumentation zu führen, soweit geschlossene Räume betroffen sind und es sich im Falle der Nummer 2 nicht ausschließlich um die Abholung von Speisen oder Getränken handelt. Die Verantwortlichen für Veranstaltungen haben eine Anwesenheitsdokumentation auch zu führen, soweit die Veranstaltung ganz oder teilweise im Freien stattfindet. Die Verantwortlichen für Kantinen haben eine Anwesenheitsdokumentation auch zu führen, soweit Speisen oder Getränke im Freien serviert oder im Wege der Selbstbedienung zum Verzehr im Bereich der genehmigten Außengastronomie abgegeben werden.

(2) Die Anwesenheitsdokumentation darf, soweit sie sich auf Kunden, Gäste und Veranstaltungsteilnehmende bezieht, ausschließlich zur Kontaktnachverfolgung verwendet werden; in anderen Fällen darf sie ausschließlich zum Vollzug infektionsschutzrechtlicher Vorschriften, insbesondere zur Kontaktnachverfolgung, genutzt werden. Die Anwesenheitsdokumentation nach Absatz 1 muss die folgenden Angaben enthalten:

1. Vor- und Familienname,
2. Telefonnummer,
3. Bezirk oder Gemeinde des Wohnortes oder des Ortes des ständigen Aufenthaltes,
4. vollständige Anschrift oder E-Mail-Adresse,
5. Anwesenheitszeit und
6. Platz- oder Tischnummer, sofern vorhanden.

Die Anwesenheitsdokumentation nach Satz 1 ist für die Dauer von vier Wochen nach Ende der Veranstaltung oder Inanspruchnahme einer Dienstleistung geschützt vor Einsichtnahme durch Dritte aufzubewahren oder zu speichern. Die Anwesenheitsdokumentation ist den zuständigen Behörden im Rahmen der Zweckbindung gemäß Satz 1 zur Kontrolle der Verpflichtungen nach Absatz 1, 3 und 4 auf Verlangen zugänglich zu machen. Darüber hinaus ist den zuständigen Behörden auf Verlangen die Anwesenheitsdokumentation auszuhändigen oder ihnen auf sonstige geeignete Weise der Zugriff zu ermöglichen, wenn festgestellt wird, dass eine Person zum Zeitpunkt der Veranstaltung, des Besuchs oder der Inanspruchnahme der Dienstleistung krank, krankheitsverdächtig, ansteckungsverdächtig oder Ausscheiderin oder Ausscheider im Sinne des Infektionsschutzgesetzes war. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist ist die Anwesenheitsdokumentation zu löschen oder zu vernichten.

(3) Anwesende Personen wie Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Gäste, Besucherinnen und Besucher, Kundinnen und Kunden oder Nutzerinnen und Nutzer sind verpflichtet, die Angaben nach Absatz 2 Satz 1 vollständig und wahrheitsgemäß zu machen.

(4) Die Verantwortlichen im Sinne des Absatz 1 haben anwesenden Personen, die unvollständige oder offensichtlich falsche Angaben machen, den Zutritt oder den weiteren Verbleib zu verwehren.

4. Eingriff

Ich arbeite am *###* und nehme dort mehrfach wöchentlich das Mittagessen der Kantine *###* in Anspruch. Zudem gehe ich auch in *###* auf Veranstaltungen und – sofern bald wieder möglich – ins Theater und Museen. Da ich jeweils in nicht unerheblicher Höhe bußgeldbewehrt gezwungen bin, persönliche Daten preiszugeben, die für mehrere Wochen aufbewahrt werden, wenn ich in irgendeiner Form eine gesellschaftsrelevante Dienstleistung in Anspruch nehmen möchte, liegt ein Eingriff in mein Recht auf informationelle Selbstbestimmung und subsidiär in meine allgemeine Handlungsfreiheit vor. Bereits die Erfassung von Daten wie Name, Wohnort, E-Mail-Adresse und Telefonnummer sind erhebliche Eingriffe. Die Eingriffe werden noch dadurch verstärkt, dass die Daten jeweils in auch örtliche Verbindung mit der in Anspruch genommenen Dienstleistung gebracht werden. So ist es möglich, ein Bewegungsbild zu erstellen, persönliche Vorlieben im Bereich Kantinen/Restaurants, Musikgeschmack, kulturelle Ausrichtung in Erfahrung zu bringen und sogar festzustellen, wer ein Bordell besucht und sogar welches (wobei mich Letzteres nicht betrifft und durch die erneute Schließungsanordnung seit der Zehnten Änderungsverordnung auch keine Relevanz hat). Die Erfahrung hat gezeigt, dass – wenn Daten vorliegen – es auch immer wieder zu Missbrauchsfällen kommt. Aber auch ohne solchen Missbrauch liegt bereits ein Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung vor. Zudem ist ein Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit gegeben. Soweit es die Verpflichtung betrifft, die eigenen Daten anzugeben, stellte sich der Eingriff als subsidiär zum Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung dar. Darüber hinaus besteht aber auch eigenständig ein Eingriff hierin, weil die Betreiber der genannten Einrichtungen gesetzlich verpflichtet sind, mir den Zutritt zu verwehren, wenn ich die geforderten Daten nicht hinterlege (§ 3 Abs. 4).

IV. Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung: Eingriffe in das Recht auf körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG sowie in die allgemeine Handlungsfreiheit gemäß Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG

1. Schutzbereiche

Die körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG bedeutet zum einen die Gesundheit im biologisch-physiologischen Bereich (BVerfGE 56, 54 (73 ff.) = NJW 1981, 1655; Dreier/Schulze-Fielitz Art. 2 Abs. 2 Rn. 34); also die Integrität der körperlichen Substanz; zum anderen wird auch die Gesundheit im psychischen Bereich geschützt (vgl. BeckOK GG/Lang, 44. Ed. 15.8.2020, GG Art. 2 Rn. 62).

Wegen der allgemeinen Handlungsfreiheit wird auf die obigen Ausführungen Bezug genommen.

2. SARS-CoV-2-VO Berlin 17.11.2020

SARS-CoV-2-VO Berlin 17.11.2020 bestimmte hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 50 – 500 EUR (vgl. § 12 Abs. 3 Nr. 6 und 7 i.V.m. der Bußgeldkatalog-Anlage zu § 12) bei einem Verstoß gegen die Regelungen, die unterstrichen sind:

§ 4 Mund-Nasen-Bedeckung

<u>(1) Eine Mund-Nasen-Bedeckung ist in geschlossenen Räumen zu tragen</u>

1. <u>von Fahrgästen und von nicht fahrzeugführendem Personal bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel einschließlich der Bahnhöfe, Flughäfen und Fährterminals sowie sonstiger Fahrzeuge mit wechselnden Fahrgästen,</u>
2. <u>von Kundinnen und Kunden in Einzelhandelsgeschäften aller Art und Einkaufszentren (Malls) sowie in Handwerks-, Dienstleistungs- und anderen Gewerbebetrieben mit Publikumsverkehr, in Dienstleistungs- und Handwerksbetrieben im Bereich der körpernahen Dienstleistungen wie Friseurbetrieben auch von körpernah tätigem Personal,</u>
3. <u>in Gaststätten von Personal mit Gästekontakt und Gästen</u>
4. <u>von Besucherinnen und Besuchern in Bibliotheken und Archiven</u>
5. <u>in Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen von Patientinnen und Patienten sowie ihren Begleitpersonen unter der Voraussetzung, dass die jeweilige medizinische Behandlung dem nicht entgegensteht,</u>
6. <u>in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen von Besucherinnen und Besuchern sowie von Patientinnen und Patienten beziehungsweise Bewohnerinnen und Bewohnern, sofern sie sich außerhalb ihres Zimmers aufhalten oder Besuch empfangen,</u>
7. <u>in gedeckten Sportanlagen einschließlich Hallenbädern und ähnlichen der Sportausübung dienenden Räumen, außer während der Sportausübung,</u>
8. <u>in der beruflichen Bildung und der allgemeinen Erwachsenenbildung bei notwendiger Unterschreitung des Mindestabstands von 1,5 Metern,</u>
9. <u>in Schulen gemäß § 1 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 mit Ausnahme des Unterrichtes und der außerunterrichtlichen sowie ergänzenden Förderung und Betreuung; die Verpflichtung kann in dem für Schulen geltenden Hygienerahmenkonzept nach § 2 Absatz 3 ausgeweitet werden, wobei auch Bereiche außerhalb von geschlossenen Räumen erfasst sein können</u>

10. von Beschäftigten und Besucherinnen und Besuchern in Büro- und Verwaltungsgebäuden, es sei denn, sie halten sich an einem festen Platz auf oder können den Mindestabstand von 1,5 Metern einhalten und
11. in Aufzügen.

(1a) Jede Person ist angehalten, eine Mund-Nasen-Bedeckung im öffentlichen Raum im Freien an Orten zu tragen, an denen der Mindestabstand nach § 1 Absatz 2 Satz 1 in der Regel nicht eingehalten werden kann, insbesondere in Einkaufsstraßen und anderen belebten Straßen und Plätzen. Eine Mund-Nasen-Bedeckung ist auf Märkten, in Warteschlangen und in den in der Anlage zu dieser Verordnung genannten Bereichen zu tragen. Satz 2 gilt nicht während der Nutzung von Fahrzeugen außerhalb von Fußgängerbereichen; für die Nutzung geschlossener Fahrzeuge gilt Absatz 1 Nummer 1.

(2) Eine Mund-Nasen-Bedeckung ist von Teilnehmerinnen und Teilnehmern an Versammlungen im Sinne von Artikel 8 des Grundgesetzes und Artikel 26 der Verfassung von Berlin zu tragen. Die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung nach Satz 1 gilt unbeschadet von Absatz 4 nicht für Teilnehmerinnen und Teilnehmer

1. an Versammlungen unter freiem Himmel

   a) mit nicht mehr als insgesamt 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, sofern diese auf gemeinsames Skandieren und Singen sowie Sprechchöre verzichten oder
   b) die als Aufzug unter ausschließlicher Nutzung von Kraftfahrzeugen durchgeführt werden;

2. an Versammlungen in geschlossenen Räumen, soweit sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf ihrem Sitzplatz aufhalten.

Die Versammlungsbehörde kann das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung auch in den Fällen der Nummer 1 anordnen, wenn die im Schutz- und Hygienekonzept gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1 vorgesehenen Maßnahmen nach den im Zeitpunkt des Erlasses der Anordnung erkennbaren Umständen zur Vermeidung von Infektionen nicht ausreichen. Die Versammlungsbehörde kann zur Beurteilung dieser Frage beim zuständigen Gesundheitsamt eine infektionsschutzrechtliche Bewertung einholen. § 17a Absatz 2 des Versammlungs-gesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. November 1978 (BGBl. I S. 1789), das zuletzt durch Artikel 150 des Gesetzes vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist, steht dem Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung zum Infektionsschutz nicht entgegen.

(3) Eine Mund-Nasen-Bedeckung ist eine aus handelsüblichen Stoffen hergestellte, an den Seiten eng anliegende, Mund und Nase bedeckende, textile Barriere, die aufgrund ihrer Beschaffenheit geeignet ist, eine Ausbreitung von übertragungsfähigen Tröpfchenpartikeln und Aerosolen durch Atmen, Husten, Niesen und Aussprache zu verringern, unabhängig von einer Kennzeichnung oder zertifizierten Schutzkategorie. Die Mund Nasen Bedeckung ist so zu tragen, dass Mund und Nase so bedeckt werden, dass eine Ausbreitung von Tröpfchen und Aerosolen durch Atmen, Husten, Niesen oder Sprechen vermindert wird.

(4) Die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung gilt nicht für

1. Kinder bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr,
2. Personen, die aufgrund einer ärztlich bescheinigten gesundheitlichen Beeinträchtigung, einer ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankung oder einer Behinderung keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen können,
3. Personen, bei denen durch andere Vorrichtungen, die mindestens die in Absatz 3 niedergelegten Anforderungen erfüllen, die Verringerung der Ausbreitung übertragungsfähiger Tröpfchenpartikel und Aerosole bewirkt wird oder

4. Gehörlose und schwerhörige Menschen und Personen, die mit diesen kommunizieren, sowie ihre Begleitpersonen.

(5) Über Absatz 4 hinausgehende Ausnahmen können in einem bereichsspezifischen Hygienerahmenkonzept nach § 2 Absatz 3 bestimmt werden.

3. SARS-CoV-2-VO Berlin 26.11.2020

SARS-CoV-2-VO Berlin 26.11.2020 bestimmt hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 50 – 500 EUR (vgl. § 12 Abs. 3 Nr. 6 und 7 i.V.m. der Bußgeldkatalog-Anlage zu § 12) bei einem Verstoß gegen die Regelungen, die unterstrichen sind:

§ 4 Mund-Nasen-Bedeckung

(1) Eine Mund-Nasen-Bedeckung ist in geschlossenen Räumen zu tragen

1. von Fahrgästen und von nicht fahrzeugführendem Personal bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel einschließlich der Bahnhöfe, Flughäfen und Fährterminals sowie sonstiger Fahrzeuge mit wechselnden Fahrgästen,
2. von Kundinnen und Kunden in Einzelhandelsgeschäften aller Art und Einkaufszentren (Malls) sowie in Handwerks-, Dienstleistungs- und anderen Gewerbebetrieben mit Publikumsverkehr, in Dienstleistungs- und Handwerksbetrieben im Bereich der körpernahen Dienstleistungen wie Friseurbetrieben auch von körpernah tätigem Personal,
3. in Gaststätten von Personal mit Gästekontakt und Gästen
4. von Besucherinnen und Besuchern in Bibliotheken und Archiven
5. in Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen von Patientinnen und Patienten sowie ihren Begleitpersonen unter der Voraussetzung, dass die jeweilige medizinische Behandlung dem nicht entgegensteht,
6. in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen von Besucherinnen und Besuchern sowie von Patientinnen und Patienten beziehungsweise Bewohnerinnen und Bewohnern, sofern sie sich außerhalb ihres Zimmers aufhalten oder Besuch empfangen,
7. in gedeckten Sportanlagen einschließlich Hallenbädern und ähnlichen der Sportausübung dienenden Räumen, außer während der Sportausübung,
8. in der beruflichen Bildung und der allgemeinen Erwachsenenbildung,
9. in Schulen gemäß § 1 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 mit Ausnahme des Unterrichtes und der außerunterrichtlichen sowie ergänzenden Förderung und Betreuung; die Verpflichtung kann in dem für Schulen geltenden Hygienerahmenkonzept oder in einer für Schulen geltenden Rechtsverordnung nach § 2 Absatz 3 ausgeweitet werden, wobei auch Bereiche außerhalb von geschlossenen Räumen erfasst sein können
10. von Beschäftigten und Besucherinnen und Besuchern in Büro- und Verwaltungsgebäuden, es sei denn, sie halten sich an einem festen Platz auf oder können den Mindestabstand von 1,5 Metern einhalten und
11. in Aufzügen.

(1a) Jede Person ist angehalten, eine Mund-Nasen-Bedeckung im öffentlichen Raum im Freien an Orten zu tragen, an denen der Mindestabstand nach § 1 Absatz 2 Satz 1 in der Regel nicht eingehalten werden kann, insbesondere in Einkaufsstraßen und anderen belebten Straßen und Plätzen. Eine Mund-Nasen-Bedeckung ist zu tragen

1. auf Märkten,
2. in Warteschlangen,
3. auf Parkplätzen,
4. in den in der Anlage zu dieser Verordnung genannten Bereichen und
5. unbeschadet der Nummer 4 auf Gehwegen vor Gebäuden, in denen sich vom Gehweg aus direkt zu betretende Einzelhandelsgeschäfte, Dienstleistungs- und Handwerksbetriebe befinden.

Satz 2 gilt nicht während der Nutzung von Fahrzeugen außerhalb von Fußgängerbereichen; für die Nutzung geschlossener Fahrzeuge gilt Absatz 1 Nummer 1.

(2) Eine Mund-Nasen-Bedeckung ist von Teilnehmerinnen und Teilnehmern an Versammlungen im Sinne von Artikel 8 des Grundgesetzes und Artikel 26 der Verfassung von Berlin zu tragen. Die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung nach Satz 1 gilt unbeschadet von Absatz 4 nicht für Teilnehmerinnen und Teilnehmer

1. an Versammlungen unter freiem Himmel
   a) mit nicht mehr als insgesamt 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, sofern diese auf gemeinsames Skandieren und Singen sowie Sprechchöre verzichten oder
   b) die als Aufzug unter ausschließlicher Nutzung von Kraftfahrzeugen durchgeführt werden;
2. an Versammlungen in geschlossenen Räumen, soweit sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf ihrem Sitzplatz aufhalten.

Die Versammlungsbehörde kann das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung auch in den Fällen der Nummer 1 anordnen, wenn die im Schutz- und Hygienekonzept gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1 vorgesehenen Maßnahmen nach den im Zeitpunkt des Erlasses der Anordnung erkennbaren Umständen zur Vermeidung von Infektionen nicht ausreichen. Die Versammlungsbehörde kann zur Beurteilung dieser Frage beim zuständigen Gesundheitsamt eine infektionsschutzrechtliche Bewertung einholen. § 17a Absatz 2 des Versammlungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. November 1978 (BGBl. I S. 1789), das zuletzt durch Artikel 150 des Gesetzes vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist, steht dem Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung zum Infektionsschutz nicht entgegen.

(3) Eine Mund-Nasen-Bedeckung ist eine aus handelsüblichen Stoffen hergestellte, an den Seiten eng anliegende, Mund und Nase bedeckende, textile Barriere, die aufgrund ihrer Beschaffenheit geeignet ist, eine Ausbreitung von übertragungsfähigen Tröpfchenpartikeln und Aerosolen durch Atmen, Husten, Niesen und Aussprache zu verringern, unabhängig von einer Kennzeichnung oder zertifizierten Schutzkategorie. Die Mund-Nasen-Bedeckung ist so zu tragen, dass Mund und Nase so bedeckt werden, dass eine Ausbreitung von Tröpfchen und Aerosolen durch Atmen, Husten, Niesen oder Sprechen vermindert wird.

(4) Die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung gilt nicht für

1. Kinder bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr,
2. Personen, die aufgrund einer ärztlich bescheinigten gesundheitlichen Beeinträchtigung, einer ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankung oder einer Behinderung keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen können,
3. Personen, bei denen durch andere Vorrichtungen, die mindestens die in Absatz 3 niedergelegten Anforderungen erfüllen, die Verringerung der Ausbreitung übertragungsfähiger Tröpfchenpartikel und Aerosole bewirkt wird oder
4. gehörlose und schwerhörige Menschen und Personen, die mit diesen kommunizieren, sowie ihre Begleitpersonen.

(5) Über Absatz 4 hinausgehende Ausnahmen können in einem bereichsspezifischen Hygienerahmenkonzept oder in einer Rechtsverordnung nach § 2 Absatz 3 bestimmt werden.

4. SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.10.2020

SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.10.2020 bestimmte hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 50 – 250 EUR (vgl. § 23 Abs. 1 Nr. 15, 19, 23, 28, 33, 35, 38, 39 i.V.m. Anlage zu § 23 Abs. 3) bei einem Verstoß gegen die Regelungen, die unterstrichen sind:

§ 7 Veranstaltungen

(1) Veranstaltungen mit Unterhaltungscharakter mit Angehörigen aus mehr als zwei Haushalten und mehr als zehn Personen sind untersagt.

(2) Veranstaltungen im Sinne des Absatzes 1 sind alle öffentlichen und nichtöffentlichen planmäßigen, zeitlich eingegrenzten Zusammenkünfte, welche nicht ausschließlich wissenschaftlichen, unterrichtenden, geschäftlichen, beruflichen oder dienstlichen Charakter haben, auf einer besonderen Veranlassung beruhen und regelmäßig ein Ablaufprogramm haben.

(3) Veranstaltungen ohne Unterhaltungscharakter

1. unter freiem Himmel mit mehr als 100 zeitgleich Anwesenden und

2. in geschlossenen Räumen mit mehr als 50 zeitgleich Anwesenden

sind untersagt. Satz 1 Nummer 2 gilt nicht für Gerichtsverhandlungen.

(4) Veranstalterinnen und Veranstalter von Veranstaltungen nach Absatz 3 haben auf der Grundlage eines individuellen Hygienekonzepts durch geeignete organisatorische Maßnahmen Folgendes sicherzustellen:

1. die Einhaltung des Abstandsgebots zwischen allen Teilnehmenden,

2. die Steuerung und Beschränkung des Zutritts und des Aufenthalts der Teilnehmenden,

3. das verpflichtende Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung durch die Teilnehmenden,

§ 8 Verkaufsstellen des Einzel- und Großhandels

(1) Betreiberinnen und Betreiber von Verkaufsstellen des Einzel- und Großhandels haben auf der Grundlage eines individuellen Hygienekonzepts durch geeignete organisatorische Maßnahmen in den Verkaufsstellen Folgendes sicherzustellen:

1. die Einhaltung des Abstandsgebots zwischen allen Personen,

2. die Steuerung und Beschränkung des Zutritts und des Aufenthalts aller Personen; es ist sicherzustellen, dass sich nicht mehr als eine Kundin oder ein Kunde pro zehn Quadratmeter Verkaufsfläche aufhält,

3. das verpflichtende Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung durch alle Personen,

§ 9 Körpernahe Dienstleistungen

(1) Die Erbringung körpernaher Dienstleistungen, bei denen dienstleistungsbedingt das Abstandsgebot zwischen der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer und der Leistungsempfängerin oder dem Leistungsempfänger nicht eingehalten werden kann, ist untersagt.

(2) Absatz 1 gilt nicht für

1. Dienstleistende im Gesundheitsbereich und sonstige helfende Berufe, soweit diese medizinisch notwendige Behandlungen erbringen, insbesondere im Bereich der Physio-, Ergo-, oder Logotherapie, Podologie sowie der Fußpflege, die nicht rein kosmetischen Zwecken dient,

2. Friseurinnen und Friseure.

(3) Dienstleistende nach Absatz 2 haben auf der Grundlage eines individuellen Hygienekonzepts durch geeignete organisatorische Maßnahmen Folgendes sicherzustellen:

1. die Einhaltung des Abstandsgebots zwischen allen Personen,

2. die Steuerung und Beschränkung des Zutritts und des Aufenthalts aller Personen,

3. das verpflichtende Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung durch alle Personen,

§ 10 Gaststätten und vergleichbare Einrichtungen

(1) Gaststätten im Sinne des Brandenburgischen Gaststättengesetzes sind für den Publikumsverkehr zu schließen.

(2) Absatz 1 gilt nicht für

1. Gaststätten, die zubereitete Speisen oder Getränke ausschließlich zur Mitnahme im Rahmen des Außerhausverkaufs abgeben und keine Abstell- oder Sitzgelegenheiten bereitstellen,

2. Gaststätten im Reisegewerbe im Sinne des Brandenburgischen Gaststättengesetzes,

3. Kantinen für Betriebsangehörige sowie für Angehörige von Bundeswehr, Polizei und Zoll,

4. Verpflegungseinrichtungen (Mensen und Cafeterien) an Hochschulstandorten sowie an betrieblichen, beruflichen oder vergleichbaren Fortbildungseinrichtungen,

5. Rastanlagen und Autohöfe an Bundesautobahnen.

(3) Die Betreiberinnen und Betreiber von Gaststätten, Kantinen, Verpflegungseinrichtungen und Rastanlagen nach Absatz 2 haben auf der Grundlage eines individuellen Hygienekonzepts durch geeignete organisatorische Maßnahmen Folgendes sicherzustellen:

1. die Einhaltung des Abstandsgebots zwischen allen Personen,

2. die Steuerung und Beschränkung des Zutritts und des Aufenthalts aller Personen,

3. das verpflichtende Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung durch alle Personen, soweit sie sich nicht auf ihrem festen Platz aufhalten.

§ 14 Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime

(1) Betreiberinnen und Betreiber von Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Pflegeheimen und besonderen Wohnformen im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch haben bei Besuchen von Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern sicherzustellen, dass

1. der Zutritt gesteuert wird und unnötige physische Kontakte zu Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern, zum Personal sowie unter den Besuchenden vermieden werden,

2. soweit möglich, durch bauliche oder andere geeignete Maßnahmen ein wirksamer Schutz der Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohner und des Personals vor Infektionen gewährleistet wird,

3. Personendaten in einem Kontaktnachweis nach § 6 Absatz 2 zum Zwecke der Kontaktnachverfolgung erfasst werden; die Besucherinnen und Besucher haben ihre Personendaten vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben.

(2) Besucherinnen und Besucher haben während des Besuchs eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen. Dies gilt nicht, wenn die Ausbreitung übertragungsfähiger Tröpfchenpartikel während des Besuchs durch geeignete technische Vorrichtungen wirkungsgleich verringert wird.

§ 15 Öffentliche Verkehrsmittel, Schülerbeförderung, Verkehrsflughäfen

(1) Alle Personen haben bei der Nutzung des Schienenpersonenfernverkehrs, des öffentlichen Personennahverkehrs einschließlich des Verkehrs mit Taxen und vergleichbaren Angeboten, der Schülerbeförderung sowie sonstiger Verkehrsmittel des öffentlichen Personenverkehrs eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen; dies gilt auch für den Aufenthalt in den dazugehörigen Einrichtungen (insbesondere Wartebereiche und Haltestellen). Die Tragepflicht gilt auch in den für den Publikumsverkehr zugänglichen Gebäuden von Verkehrsflughäfen.

§ 20 Büro- und Verwaltungsgebäude, Personenaufzüge

(1) In Büro- und Verwaltungsgebäuden haben die Beschäftigten sowie Besucherinnen und Besucher, sofern sie sich nicht auf einem festen Platz aufhalten und der Mindestabstand von 1,5 Metern nicht sicher eingehalten werden kann, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.

(2) Alle Personen haben bei der Nutzung von Personenaufzügen eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.

5. SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.11.2020

SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.11.2020 bestimmt hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 50 – 250 EUR (vgl. § 25 Abs. 1 Nr. 7, 10, 16, 20, 25, 29, 33, 37, 39, 41 – 43, i.V.m. Anlage zu § 25 Abs. 3) bei einem Verstoß gegen die Regelungen, die unterstrichen sind:

§ 7 Veranstaltungen und Zusammenkünfte

(1) Veranstaltungen mit Unterhaltungscharakter, an denen Personen aus mehr als zwei Haushalten oder mehr als fünf Personen aus mehr als einem Haushalt teilnehmen, sind untersagt; Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bleiben unberücksichtigt.

(2) Veranstaltungen ohne Unterhaltungscharakter

1. unter freiem Himmel mit mehr als 100 zeitgleich Anwesenden und
2. in geschlossenen Räumen mit mehr als 50 zeitgleich Anwesenden

sind untersagt. Veranstalterinnen und Veranstalter von nicht nach Satz 1 untersagten Veranstaltungen haben auf der Grundlage eines individuellen Hygienekonzepts durch geeignete organisatorische Maßnahmen Folgendes sicherzustellen:

1. die Einhaltung des Abstandsgebots zwischen allen Teilnehmenden,
2. die Steuerung und Beschränkung des Zutritts und des Aufenthalts aller Teilnehmenden,
3. das verpflichtende Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung durch alle Teilnehmenden,
4. das Erfassen von Personendaten aller Teilnehmenden in einem Kontaktnachweis nach § 1 Absatz 3 zum Zwecke der Kontaktnachverfolgung,
5. bei Veranstaltungen in geschlossenen Räumen den regelmäßigen Austausch der Raumluft durch Frischluft, insbesondere durch Stoßlüftung über Fenster oder durch den Betrieb raumlufttechnischer Anlagen mit hohem Außenluftanteil; bei einem aus technischen oder technologischen Gründen nicht vermeidbaren Umluftbetrieb raumlufttechnischer Anlagen sollen diese über eine geeignete Filtration zur Abscheidung luftgetragener Viren verfügen.

Die Tragepflicht nach Satz 2 Nummer 3 gilt auch auf Wochenmärkten, einschließlich der Wege und Flächen zwischen den einzelnen Marktständen.

[…]

§ 8 Verkaufsstellen des Einzel- und Großhandels

(1) Betreiberinnen und Betreiber von Verkaufsstellen des Einzel- und Großhandels haben auf der Grundlage eines individuellen Hygienekonzepts durch geeignete organisatorische Maßnahmen in den Verkaufsstellen Folgendes sicherzustellen:

1. die Einhaltung des Abstandsgebots zwischen allen Personen,
2. die Steuerung und Beschränkung des Zutritts und des Aufenthalts aller Personen; in Verkaufsstellen dürfen sich bis zu einer Verkaufsfläche von 800 Quadratmetern nur eine Kundin oder ein Kunde pro zehn Quadratmeter sowie für die darüber hinausgehende Verkaufsfläche eine Kundin oder ein Kunde pro 20 Quadratmeter zeitgleich aufhalten,
3. das verpflichtende Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung durch alle Personen; die Tragepflicht gilt auch auf den Begegnungs- und Verkehrsflächen vor den Verkaufsstellen einschließlich der direkt dazugehörigen Parkplätze;
4. einen regelmäßigen Austausch der Raumluft durch Frischluft, insbesondere durch Stoßlüftung über Fenster oder durch den Betrieb raumlufttechnischer Anlagen mit hohem Außenluftanteil; bei einem aus technischen oder technologischen Gründen nicht vermeidbaren Umluftbetrieb raumlufttechnischer Anlagen sollen diese über eine geeignete Filtration zur Abscheidung luftgetragener Viren verfügen.

[…]

§ 9 Körpernahe Dienstleistungen

(1) Die Erbringung körpernaher Dienstleistungen, bei denen dienstleistungsbedingt das Abstandsgebot zwischen der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer und der Leistungsempfängerin oder dem Leistungsempfänger nicht eingehalten werden kann, ist untersagt.

(2) Absatz 1 gilt nicht für

1. Dienstleistende im Gesundheitsbereich und sonstige helfende Berufe, soweit diese medizinisch notwendige Behandlungen erbringen, insbesondere im Bereich der Physio-, Ergo- oder Logotherapie, der Podologie sowie der Fußpflege, die nicht rein kosmetischen Zwecken dient,
2. Friseurinnen und Friseure.

(3) Dienstleistende nach Absatz 2 haben auf der Grundlage eines individuellen Hygienekonzepts durch geeignete organisatorische Maßnahmen in ihren Betrieben Folgendes sicherzustellen:

1. die Einhaltung des Abstandsgebots zwischen allen Personen außerhalb der Dienstleistungserbringung,
2. die Steuerung und Beschränkung des Zutritts und des Aufenthalts aller Personen,
3. das verpflichtende Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung durch alle Personen,
4. das Erfassen von Personendaten der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in einem Kontaktnachweis nach § 1 Absatz 3 zum Zwecke der Kontaktnachverfolgung,
5. einen regelmäßigen Austausch der Raumluft durch Frischluft, insbesondere durch Stoßlüftung über Fenster oder durch den Betrieb raumlufttechnischer Anlagen mit hohem Außenluftanteil; bei einem aus technischen oder technologischen Gründen nicht vermeidbaren Umluftbetrieb raumlufttechnischer Anlagen sollen diese über eine geeignete Filtration zur Abscheidung luftgetragener Viren verfügen.

(4) Die Tragepflicht nach Absatz 3 Nummer 3 gilt nicht im Gesundheitsbereich, wenn medizinische, therapeutische oder pflegerische Leistungen erbracht werden und deren besondere Eigenart das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung nicht zulässt.

§ 10 Gaststätten und vergleichbare Einrichtungen

(1) Gaststätten im Sinne des Brandenburgischen Gaststättengesetzes sind für den Publikumsverkehr zu schließen.

(2) Absatz 1 gilt nicht für

1. Gaststätten, die zubereitete Speisen oder Getränke ausschließlich zur Mitnahme im Rahmen des Außerhausverkaufs abgeben und keine Abstell- oder Sitzgelegenheiten bereitstellen,
2. Gaststätten im Reisegewerbe im Sinne des Brandenburgischen Gaststättengesetzes,
3. Kantinen für Betriebsangehörige sowie für Angehörige von Bundeswehr, Polizei und Zoll,
4. Verpflegungseinrichtungen (Mensen und Cafeterien) an Hochschulstandorten sowie an betrieblichen, beruflichen oder vergleichbaren Fortbildungseinrichtungen,
5. Rastanlagen und Autohöfe an Bundesautobahnen,

6. die Verpflegung im Zusammenhang mit zulässigen Übernachtungsangeboten nach § 11 Absatz 2; Angebote in Buffetform mit Selbstbedienung sollen vermieden werden.

(3) Die Betreiberinnen und Betreiber der in Absatz 2 genannten Einrichtungen haben auf der Grundlage eines individuellen Hygienekonzepts durch geeignete organisatorische Maßnahmen Folgendes sicherzustellen:

1. die Einhaltung des Abstandsgebots zwischen allen Personen,
2. die Steuerung und Beschränkung des Zutritts und des Aufenthalts aller Personen,
3. das verpflichtende Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung durch alle Personen, soweit sie sich nicht auf ihrem festen Platz aufhalten,
4. einen regelmäßigen Austausch der Raumluft durch Frischluft, insbesondere durch Stoßlüftung über Fenster oder durch den Betrieb raumlufttechnischer Anlagen mit hohem Außenluftanteil; bei einem aus technischen oder technologischen Gründen nicht vermeidbaren Umluftbetrieb raumlufttechnischer Anlagen sollen diese über eine geeignete Filtration zur Abscheidung luftgetragener Viren verfügen.

Die Tragepflicht nach Satz 1 Nummer 3 gilt auch im Wartebereich von Außenverkaufsständen, insbesondere solcher von Gaststätten mit Außerhausverkauf.

§ 14 Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime

(1) Betreiberinnen und Betreiber von Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Pflegeheimen und besonderen Wohnformen im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch haben bei Besuchen von Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern sicherzustellen, dass der Zutritt gesteuert wird und unnötige physische Kontakte zu Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern, zum Personal sowie unter den Besuchenden vermieden werden, soweit möglich, durch bauliche oder andere geeignete Maßnahmen ein wirksamer Schutz der Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohner sowie des Personals vor Infektionen gewährleistet wird, Personendaten in einem Kontaktnachweis nach § 1 Absatz 3 zum Zwecke der Kontaktnachverfolgung erfasst werden.

(2) Besucherinnen und Besucher haben während des Besuchs eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen. Dies gilt nicht, wenn die Ausbreitung übertragungsfähiger Tröpfchenpartikel während des Besuchs durch geeignete technische Vorrichtungen mit gleicher Wirkung wie das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung verringert wird.

§ 15 Öffentliche Verkehrsmittel, Schülerbeförderung, Verkehrsflughäfen

(1) Alle Personen haben bei der Nutzung des Schienenpersonenfernverkehrs, des öffentlichen Personennahverkehrs einschließlich des Verkehrs mit Taxen und vergleichbaren Angeboten, der Schülerbeförderung sowie sonstiger Verkehrsmittel des öffentlichen Personenverkehrs eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen. Die Tragepflicht gilt auch in den für den Publikumsverkehr zugänglichen Gebäuden von Bahnhöfen und Verkehrsflughäfen sowie in den dazugehörigen Bereichen (insbesondere Wartebereiche, Haltestellen, Bahnsteige und Bahnhofsvorplätze).

(2) Die Tragepflicht nach Absatz 1 Satz 1 gilt nicht für das Fahrpersonal während der Fahrt.

§ 20 Arbeits- und Betriebsstätten, Büro- und Verwaltungsgebäude

(1) In Arbeits- und Betriebsstätten sowie in Büro- und Verwaltungsgebäuden haben die Beschäftigten sowie Besucherinnen und Besucher eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.

Dies gilt nicht, wenn sie sich an einem festen Platz aufhalten, der Mindestabstand von 1,5 Metern sicher eingehalten wird oder wenn die Ausbreitung übertragungsfähiger Tröpfchenpartikel durch geeignete technische Vorrichtungen mit gleicher Wirkung wie das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung verringert wird.

(2) Bei der Nutzung von Personenaufzügen haben alle Personen eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.

6. Eingriff

Ich wohne und lebe in ### und arbeite in ###. In beiden Städten nutze ich Einrichtungen des gesellschaftlichen Lebens. So gehe ich auf Veranstaltungen, gehe in Geschäften des Einzelhandels einkaufen, lasse mir bei Friseuren die Haare schneiden, esse in Gaststätten, Kantinen, etc., nutze Krankenhäuser, nutze zum Pendeln zwischen ### und ### öffentliche Verkehrsmittel wie den Regionalexpress ### und halte mich in Büro- und Verwaltungsgebäuden auf, insbesondere zur Erledigung von Behördengängen. Zudem arbeite ich in einem Verwaltungs- bzw. Gerichtsgebäude ###. Ich pendele täglich mit der Bahn zwischen ### und meinem Arbeitsort in ### bei einer Wegzeit von etwa knapp 1,5 Stunden pro Strecke. Zudem bin ich mitunter während langer Gerichtsverhandlungen über Stunden hinweg gehalten, die Maske zu tragen.

Der Eingriff in die körperliche Unversehrtheit ergibt sich auch aus dem Umstand, dass ich gezwungen bin, die Masken teils recht lange zu tragen, wie sich aus der Vielzahl der Verpflichtungen hierzu, die soeben zitiert wurden, zwanglos ergibt. Aufgrund des natürlichen Widerstandes der Maske beim Atmen durch die Barriere fällt mir zunehmend das Atmen schwerer, ich werde müde und bekomme Kopfschmerzen, die Sauerstoffsättigung im Blut sinkt, der Anteil von Kohlendioxid im Blut steigt, meine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit nehmen erheblich ab. Hierzu gibt es diverse dies bestätigende Studien.[53]

Beweis: Sachverständigengutachten

Der Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit ergibt sich aus dem Zwang, die Maske tragen zu müssen. Bei vordergründiger Betrachtung könnte man annehmen, das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung sei doch „nicht so schlimm“. Allerdings erweist es sich in meiner persönlichen Wahrnehmung sowohl für mich als auch gesamtgesellschaftlich als massives Problem. Der Mensch kommuniziert in hohem Maße mit Mimik, insbesondere mit Lächeln und anderen Gesichtsausdrücken. Das findet im Alltag praktisch nicht mehr statt. Dies führt zu einer Entfremdung der Menschen voneinander, eine Gefühlskälte tritt ein. Zudem scheitert oft eine sonst gelungene Kommunikation, da die Menschen Späße nicht mehr verstehen, wenn man nicht dazu

[53] Einführend https://www.bund-verlag.de/aktuelles~Hoechsttragezeit-fuer-Mund-Nasen-Maskeno~ (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

den passenden Gesichtsausdruck vermitteln kann. Ferner ist das Sprechen gestört, die Maske beeinträchtigt den Klang der Worte, man wird nicht mehr so gut gehört und hört die anderen auch schlechter.

Zudem liegt eine erhebliche Beeinträchtigung im Umgang mit meinem ### Sohn vor. Dieser ist als ### Kind ganz besonders verunsichert, wenn ich oder andere Erwachsene eine Maske tragen, und er ihre Mimik nicht mehr wahrnehmen kann und durch den Anblick der Masken sogar Angst bekomwohnungmt. Dies wiederum beeinträchtigt nicht nur ihn, sondern auch mich, weil ich unmittelbar seine Befangenheit spüre und das Verhältnis zu ihm beeinträchtigt ist.

V. Schließen von Gastronomie, Freizeit- und Kultureinrichtungen (Sportplätze, Restaurants, Bars, Theater, Museen etc.): Eingriffe in die allgemeine Handlungsfreiheit gemäß Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG

1. Schutzbereich der Berufsfreiheit gemäß Art. 12 Abs. 1 GG und allgemeinen Handlungsfreiheit gemäß Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG

Art. 12 Abs. 1 GG schützt die freie Wahl von Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte sowie die freie Berufsausübung. Wahl und Ausübung des Berufs lassen sich begrifflich nicht sinnvoll voneinander trennen, sodass ein einheitliches Grundrecht vorliegt; Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte lassen sich lediglich wählen, jedoch ist die freie Betätigung am Arbeitsplatz und an der Ausbildungsstätte über die Berufsausübungsfreiheit geschützt (vgl. nur BeckOK GG/Ruffert, 44. Ed. 15.8.2020 Rn. 47, GG Art. 12 Rn. 47).

Wegen des Schutzbereichs der allgemeinen Handlungsfreiheit gemäß Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG wird auf die obigen Ausführungen verwiesen.

2. SARS-CoV-2-VO Berlin 17.11.2020

SARS-CoV-2-VO Berlin 17.11.2020 bestimmte hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 100 – 1.000 EUR (vgl. § 12 Abs. 3 Nr. 31, 33, 33b i.V.m. der Bußgeldkatalog-Anlage zu § 12) bei einem Verstoß gegen die Vorschriften, die unterstrichen sind:

> **§ 7 Verbote**
>
> […]
>
> <u>(4) Gaststätten im Sinne des Gaststättengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. November 1998 (BGBl. I S. 3418), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 10. März 2017 (BGBl. I S. 420) geändert worden ist, dürfen nicht für den Publikumsverkehr geöffnet werden.</u>

Sie dürfen Speisen und Getränke zur Abholung oder zur Lieferung anbieten. Für die Abholung sind geeignete Vorkehrungen zur Steuerung der Kaufabwicklung und zur Vermeidung von Menschenansammlungen zu treffen. Satz 1 gilt nicht für den Betrieb von Kantinen.

(5) Weihnachtsmärkte und Jahrmärkte sind verboten.

(5a) Bei der Öffnung von Verkaufsstellen, Kaufhäusern und Einkaufszentren (Malls) gilt für die Steuerung des Zutritts und zur Sicherung des Mindestabstandes ein Richtwert von maximal einer Person (Kundinnen und Kunden) pro 10 Quadratmeter Verkaufsfläche und Geschäftsraum. Unterschreiten die Verkaufsfläche oder der Geschäftsraum eine Größe von 10 Quadratmeter, so darf jeweils maximal eine Kundin oder ein Kunde eingelassen werden. Aufenthaltsanreize dürfen nicht geschaffen werden. § 1 Absatz 4 gilt entsprechend.

(6) Der Ausschank, die Abgabe und der Verkauf von alkoholischen Getränken sind in der Zeit von 23 Uhr bis 6 Uhr des Folgetages verboten.

(7) Dienstleistungsgewerbe im Bereich der Körperpflege wie Kosmetikstudios, Massagepraxen, Tattoo-Studios und ähnliche Betriebe dürfen weder für den Publikumsverkehr geöffnet werden noch ihre Dienste anbieten. Satz 1 gilt nicht Friseurbetriebe und medizinisch notwendige Behandlungen, insbesondere Physio-, Ergo- und Logotherapie, Podologie, Fußpflege und Heilpraktiker.

(8) Kinos, Theater, Opern, Konzerthäuser, Museen, Gedenkstätten und kulturelle Veranstaltungsstätten in öffentlicher und privater Trägerschaft dürfen nicht für den Publikumsverkehr geöffnet werden. Der Leihbetrieb von Bibliotheken ist zulässig.

3. SARS-CoV-2-VO Berlin 26.11.2020

SARS-CoV-2-VO Berlin 27.11.2020 bestimmt hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 1.000 – 10.000(!) EUR bzw. 250 – 5.000 (vgl. § 12 Abs. 3 Nr. 26 - 33f i.V.m. der Bußgeldkatalog-Anlage zu § 12) bei einem Verstoß gegen die Vorschriften, die unterstrichen sind:

§ 7 Verbote

(1) Tanzlustbarkeiten und ähnliche Unternehmen im Sinne der Gewerbeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 202), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1403) geändert worden ist, dürfen nicht für den Publikumsverkehr geöffnet werden.

(2) Gaststätten mit der besonderen Betriebsart Diskotheken und ähnliche Betriebe im Sinne des Gaststättengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. November 1998 (BGBl. I S. 3418), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 10. März 2017 (BGBl. I S. 420) geändert worden ist, dürfen nicht für den Publikumsverkehr geöffnet werden. Sie dürfen

Speisen und Getränke zur Abholung oder zur Lieferung anbieten. Für die Abholung sind geeignete Vorkehrungen zur Steuerung der Kaufabwicklung und zur Vermeidung von Menschenansammlungen zu treffen. Auch in anderen Gaststätten sind Tanzveranstaltungen nicht zulässig.

(3) Fitness- und Tanzstudios, Saunen, Dampfbäder, Thermen und ähnliche Einrichtungen sind geschlossen zu halten. Satz 1 gilt auch für entsprechende Bereiche in Hotels und ähnlichen Einrichtungen.

(4) Gaststätten im Sinne des Gaststättengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. November 1998 (BGBl. I S. 3418), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 10. März 2017 (BGBl. I S. 420) geändert worden ist, dürfen nicht für den Publikumsverkehr geöffnet werden. Sie dürfen Speisen und Getränke zur Abholung oder zur Lieferung anbieten. Für die Abholung sind geeignete Vorkehrungen zur Steuerung der Kaufabwicklung und zur Vermeidung von Menschenansammlungen zu treffen. Satz 1 gilt nicht für den Betrieb von Kantinen.

(5) Weihnachtsmärkte und Jahrmärkte sind verboten.

(6) Der Ausschank, die Abgabe und der Verkauf von alkoholischen Getränken sind in der Zeit von 23 Uhr bis 6 Uhr des Folgetages verboten.

(7) Dienstleistungsgewerbe im Bereich der Körperpflege wie Kosmetikstudios, Massagepraxen, Tattoo-Studios und ähnliche Betriebe dürfen weder für den Publikumsverkehr geöffnet werden noch ihre Dienste anbieten. Satz 1 gilt nicht Friseurbetriebe und medizinisch notwendige Behandlungen, insbesondere Physio-, Ergo- und Logotherapie, Podologie, Fußpflege und Heilpraktiker.

(8) Kinos, Theater, Opern, Konzerthäuser, Museen, Gedenkstätten und kulturelle Veranstaltungsstätten in öffentlicher und privater Trägerschaft dürfen nicht für den Publikumsverkehr geöffnet werden. Der Leihbetrieb von Bibliotheken ist zulässig.

(9) Vergnügungsstätten im Sinne der Baunutzungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. November 2017 (BGBl. I S. 3786), Freizeitparks, Betriebe für Freizeitaktivitäten sowie Spielhallen, Spielbanken, Wettvermittlungsstellen und ähnliche Betriebe dürfen nicht für den Publikumsverkehr geöffnet werden.

(10) Die Tierhäuser und das Aquarium des Zoologischen Gartens Berlin und die Tierhäuser des Tierparks Berlin-Friedrichsfelde dürfen nicht für den Publikumsverkehr geöffnet werden.

(11) Touristische Übernachtungen in Hotels, anderen Beherbergungsbetrieben und Ferienwohnungen sind untersagt.

(12) Prostitutionsgewerbe im Sinne des Prostituiertenschutzgesetzes vom 21. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2372), das durch Artikel 57 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist, dürfen weder für den Publikumsverkehr geöffnet werden, noch ihre Dienste außerhalb ihrer Betriebsstätte erbringen. Die Erbringung und Inanspruchnahme sexueller Dienstleistungen mit Körperkontakt und erotische Massagen sind untersagt.

4. SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.10.2020

SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.10.2020 bestimmte hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 250 – 10.000 EUR (!) (vgl. § 23 Abs. 1 Nr. 31 i.V.m. Anlage zu § 23 Abs. 3):

§ 12 Sport

(1) Der Sportbetrieb auf und in allen Sportanlagen ist untersagt. Dies gilt insbesondere für Gymnastik-, Turn- und Sporthallen, Fitnessstudios, Tanzstudios, Tanzschulen, Bolzplätze, Skateranlagen und vergleichbare Einrichtungen.

(2) Absatz 1 gilt nicht für

1. den Individualsport auf und in allen Sportanlagen allein, zu zweit oder mit den Angehörigen des eigenen Haushalts; die Ausübung von Kontaktsport mit Personen eines anderen Haushalts ist untersagt,

2. den Schulbetrieb sowie für Lehrveranstaltungen in der Sportpraxis an Hochschulen,

3. den Trainings- und Wettkampfbetrieb der Berufssportlerinnen und -sportler, der Bundesligateams sowie der Kaderathletinnen und -athleten der olympischen und paralympischen Sportarten an Bundes-, Landes- oder Olympiastützpunkten, der im Rahmen eines Nutzungs- und Hygienekonzeptes des jeweiligen Sportfachverbandes stattfindet.

§ 22 Schließungsanordnung

Für den Publikumsverkehr zu schließen sind

[…]

3. Messen, Ausstellungen, Spezialmärkte, Jahrmärkte, Volksfeste,

4. Spielhallen, Spielbanken, Wettannahmestellen,

5. Theater, Konzert- und Opernhäuser,

6. Kinos (außer Autokinos, Autotheater und Autokonzerte),

7. Museen, Ausstellungshäuser, Planetarien,

8. Tierparks, Zoologische und Botanische Gärten,

9. Schwimmbäder, Spaß- und Freizeitbäder,

10. Saunen, Dampfbäder, Thermen, Wellnesszentren, Solarien,

11. Freizeitparks.

5. SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.11.2020

SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.11.2020 bestimmt hierzu bußgeldbewehrt bis zu 25.000 EUR bei einem Regelsatz von 250 – 10.000 (!) EUR bzw. 1.000 EUR – 10.000 (!) (vgl. § 25 Abs. 1 Nr. 35 und 44 i.V.m. Anlage zu § 25 Abs. 3) bei einem Verstoß gegen die Regelungen, die unterstrichen sind:

§ 12 Sport

(1) Der Sportbetrieb auf und in allen Sportanlagen ist untersagt. Dies gilt insbesondere für Gymnastik-, Turn- und Sporthallen, Fitnessstudios, Tanzstudios, Tanzschulen, Bolzplätze, Skateranlagen und vergleichbare Einrichtungen.

(2) Absatz 1 gilt nicht für

1. den Individualsport auf und in allen Sportanlagen allein, zu zweit oder mit den Angehörigen des eigenen Haushalts; die Ausübung von Kontaktsport mit Personen eines anderen Haushalts ist untersagt,
2. den Schulbetrieb sowie für Lehrveranstaltungen in der Sportpraxis an Hochschulen,
3. den Trainings- und Wettkampfbetrieb der Berufssportlerinnen und -sportler, der Bundesligateams sowie der Kaderathletinnen und -athleten der olympischen und paralympischen Sportarten an Bundes-, Landes- oder Olympiastützpunkten, der im Rahmen eines Nutzungs- und Hygienekonzepts des jeweiligen Sportfachverbandes stattfindet.

§ 22 Schließungsanordnung

(1) Für den Publikumsverkehr zu schließen sind

1. Theater, Konzert- und Opernhäuser (außer Autotheater und Autokonzerte),
2. Museen, Ausstellungshäuser, Planetarien,
3. Messen, Ausstellungen, Spezialmärkte, Jahrmärkte, Volksfeste,
4. Einrichtungen, soweit in diesen Tanzlustbarkeiten stattfinden (insbesondere Clubs, Diskotheken, Musikclubs und vergleichbare Einrichtungen),
5. Kinos (außer Autokinos),
6. Spielhallen, Spielbanken, Wettannahmestellen,
7. Tierparks, Zoologische und Botanische Gärten,
8. Schwimmbäder, Spaß- und Freizeitbäder,
9. Saunen, Dampfbäder, Thermen, Wellnesszentren, Solarien,
10. Freizeitparks.

(2) Die Schließungsanordnung nach Absatz 1 gilt auch für Prostitutionsstätten und -fahrzeuge im Sinne des Prostituiertenschutzgesetzes, Bordelle, Swingerclubs und ähnliche Angebote. Prostitutionsveranstaltungen im Sinne des Prostituiertenschutzgesetzes dürfen nicht durchgeführt werden.

6. Eingriffe

Ich treffe mich regelmäßig donnerstags mit einer losen Gruppe von etwa 10-15 Spielern auf einem nahegelegenen städtischen Sportplatz in ### zum Basketball spielen, was mir nunmehr verwehrt ist. Auch nutze ich regelmäßig sowohl in ### als auch in ### Gaststätten, Kinos, Theater, Museen, Messen, Ausstellungen, Volksfeste, Tierparks, zoologische und botanische Gärten, Schwimmbäder, Saunen und Thermen, sowie Jahrmärkte und – in der jetzigen Zeit – Weihnachtsmärkte. All dies ist durch die Verordnungen verboten.

Durch die Regelungen müssen Betreiber die genannten Einrichtungen zumeist schließen, was diese in ihrem Grundrecht der Berufsfreiheit aus Art. 12 GG einschränkt und mich als Nutzer massiv in meiner allgemeinen Handlungsfreiheit, gerade auch, da so viele Einrichtungen gleichzeitig betroffen sind.

Zwar bin ich persönlich nicht in meiner Berufsfreiheit betroffen. Dennoch soll hier angemerkt werden, dass es sich qualitativ nicht nur um eine Einschränkung der Freiheit der Berufsausübung handeln dürfte, da ohne Ansehung der Person die Ausübung des Berufs nicht nur eingeschränkt, sondern generell verboten wird. Allein der Umstand, dass dies für einen begrenzten Zeitraum gilt, ändert hieran nichts, zumal die Zeiträume sich mehrfach bereits über mehrere Wochen und Monate hingezogen haben, was auch mit gewissen Kompensationszahlungen vielfach existenzvernichtend ist. Das Gewicht des Eingriffs dürfte daher qualitativ auf der dritten Stufe der sogenannten 3-Stufen-Theorie des Bundesverfassungsgerichts anzusiedeln sein. Hier erfolgt die Beschränkung der Berufsfreiheit anhand von objektiven Kriterien, die nicht in der Person des Betroffenen liegen und auf die er keinen Einfluss hat (BVerfGE 7, 377 (407) = NJW 1958, 1035); sie sind zulässig zur Abwendung einer nachweislichen oder höchstwahrscheinlichen Gefahr für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut (BVerfGE 7, 377 (408) = NJW 1958, 1035; BVerfGE 25, 1 (11) = NJW 1969, 499; BVerfGE 40, 196 (218) = NJW 1976, 179; BVerfGE 84, 133 (151 f.) = NJW 1991, 1667; vgl. BeckOK GG/Ruffert, 44. Ed. 15.8.2020, GG Art. 12 Rn. 99).

VI. Häusliche Quarantäne bei Einreise aus Risikogebieten: Eingriff in das Recht auf Freiheit der Person in Form der Freiheitsentziehung gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Art. 104 Abs. 2, 3 GG

1. Schutzbereich

Das Recht auf Freiheit der Person gewährt sowohl Schutz vor freiheitsbeschränkenden (vgl. Art. 104 Abs. 1 GG) als auch vor freiheitsentziehenden Maßnahmen (Art. 104 Abs. 2 GG). Die Abgrenzung erfolgt je nach Eingriffsintensität (BVerfG NJW 2018, 2619 Rn. 67; BVerfGE 105, 239 (248)). Das Recht der Freiheit der Person aus Art. 2 Abs. 2 S. 2 GG steht in engem Zusammenhang zu Art. 104 GG, diese Vorschrift stellt dogmatisch eine Schranken-Schranke dar (Merten/Papier Grundrechte-HdB IV/Gusy § 93 Rn. 3), normiert also Begrenzungen, denen der Staat bei freiheitsbeschränkenden und -entziehenden Maßnahmen unterworfen ist (zum Ganzen BeckOK GG/Lang, 44. Ed. 15.8.2020, GG Art. 2 Rn. 84a)

Bei einer Freiheitsbeschränkung wird eine Person ohne oder gegen ihren Willen – „kurzzeitig" – in ihrer körperlichen Bewegungsfreiheit beeinträchtigt, ohne dass bereits eine Freiheitsentziehung vorliegt (vgl. BVerfG NJW 2018, 2619 Rn. 64, wo zudem auf die Möglichkeit tatsächlicher und rechtlicher Zugänglichkeit abgestellt wird; s. auch bereits BVerfG NVwZ 1996, 678 (681)). Beispiele derartiger Freiheitsbeschränkungen stellen etwa die Mitnahme zur Polizeiwache oder zur Blutentnahme beim Arzt, oder die zwangsweise

Vorführung bei Behörden dar (vgl. auch Umbach/Clemens/Wiedemann Abs. 2 Rn. 390). Durch das Erfordernis der Kurzzeitigkeit erfolgt eine Abgrenzung zu den von Art. 2 Abs. 2 S. 2 nicht erfassten Handlungen (etwa dem Anhalten im Rahmen einer Verkehrskontrolle oder zur Personalienfeststellung). Da die Abgrenzung zwischen Freiheitsbeschränkung und Freiheitsentziehung nach der Eingriffstiefe erfolgt, ist letztere dadurch gekennzeichnet, dass die – tatsächlich und rechtlich an sich gegebene – Bewegungsfreiheit nach jeder Richtung hin aufgehoben wird (BVerfG NJW 2018, 2619 Rn. 67). Bei niedriger Eingriffsintensität oder nur kurzfristiger Dauer einer Maßnahme scheidet eine Charakterisierung als Freiheitsentziehung also aus (BVerfGE 105, 239 (248)) (zum Ganzen BeckOK GG/Lang, 44. Ed. 15.8.2020, GG Art. 2 Rn. 87a f.).

In sachlicher Hinsicht deckt sich der Schutzbereich von Art. 104 GG mit dem von Art. 2 Abs. 2 S. 2 GG. Ausgehend von einem Eingriff in die körperliche Bewegungsfreiheit liegt eine Freiheitsbeschränkung bereits dann vor, wenn der Rechtsgutsinhaber gegen seinen Willen durch die öffentliche Gewalt daran gehindert wird, einen Ort, dessen Erreichen ihm an sich physisch-real möglich wäre, aufzusuchen, dort zu verbleiben oder sich von diesem zu entfernen (BVerfGE 105, 239 (248) = NJW 2002, 3161; BVerfG NStZ 2011, 529 (530 f.); BVerfG NJW 2018, 2619 Rn. 67 m.w.N.); s. auch Sachs/Degenhart Rn. 4). Eine Freiheitsentziehung setzt dagegen einen höheren Grad der Eingriffsintensität voraus (BVerfGE 10, 302 (323) = NJW 1960, 1388; BVerfGE 105, 239 (248) = NJW 2002, 3161; Dreier/Schulze-Fielitz Rn. 25; BVerfG NStZ 2011, 529 (530 f.)). Diese erhöhte Eingriffsintensität drückt sich sowohl auf zeitlicher als auch auf räumlicher und sachlicher Ebene aus. Sie ist gegeben, wenn die tatsächlich und rechtlich gegebene körperliche Bewegungsfreiheit der Person „nach allen Seiten hin aufgehoben wird“ (BVerfG NStZ 2011, 529 (531); BVerfG NJW 2018, 261 Rn. 67 m.w.N.); s. auch BVerfGE 94, 166 (198); BVerfGE 105, 239 (248) = NJW 2002, 3161). In zeitlicher Hinsicht setzt die Freiheitsentziehung eine gewisse Dauer der Beschränkung der (Fort-)Bewegungsfreiheit voraus (BVerfG NJW 2004, 3697; Dreier/Schultze-Fielitz Rn. 23; Jarras/Pieroth/Jarras Rn. 11; Sachs/Degenhart Rn. 5a; vgl. auch BVerfGE 105, 239 (250) = NJW 2002, 2631), deren genaue Zeitspanne sich nicht einheitlich für sämtliche Konstellationen bestimmen lassen dürfte, sondern wesentlich durch Art und Umstände des Eingriffs in das Freiheitsrecht bestimmt wird (vgl. BVerfG NJW 2018, 2619 Rn. 71) (zum Ganzen BeckOK GG/Radtke, 44. Ed. 15.8.2020, GG Art. 104 Rn. 2 f.).

2. SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung Brandenburg 13.11.2020

Die maßgeblichen Vorschriften der Verordnung zu Quarantänemaßnahmen für Ein- und Rückreisende zur Bekämpfung des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 in Brandenburg (Verordnung zu Quarantänemaßnahmen für Ein- und Rückreisende zur Bekämpfung des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 in Brandenburg (SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung - SARS-CoV-2-QuarV) vom 4. November 2020 (GVBl. II/20, [Nr. 104]), geändert durch Verordnung vom 13. November 2020 (GVBl. II/20, [Nr. 105])) lauten wie folgt:

§ 1 Absonderung für Ein- und Rückreisende; Beobachtung

(1) Personen, die auf dem Land-, See- oder Luftweg aus dem Ausland in das Land Brandenburg einreisen und sich zu einem beliebigen Zeitpunkt in den letzten zehn Tagen vor der Einreise in einem Risikogebiet im Sinne des Absatzes 2 aufgehalten haben, sind verpflichtet, sich unverzüglich nach der Einreise auf direktem Weg in ihre Haupt- oder Nebenwohnung oder in eine andere, eine Absonderung ermöglichende Unterkunft zu begeben und sich für einen Zeitraum von zehn Tagen nach ihrer Einreise ständig dort abzusondern; dies gilt auch für Personen, die zunächst in ein anderes Land der Bundesrepublik Deutschland eingereist sind. Den in Satz 1 genannten Personen ist es in diesem Zeitraum nicht gestattet, Besuch von Personen zu empfangen, die nicht ihrem Haushalt angehören.

(2) Risikogebiet im Sinne von Absatz 1 Satz 1 ist ein Staat oder eine Region außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, für den oder die zum Zeitpunkt der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland ein erhöhtes Risiko für eine Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus besteht. Über die Einstufung als Risikogebiet entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit, das Auswärtige Amt und das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat; die Einstufung wird mit Ablauf des ersten Tages nach ihrer Veröffentlichung durch das Robert Koch-Institut (https://www.rki.de/covid-19-risikogebiete) wirksam.

(3) Die von Absatz 1 Satz 1 erfassten Personen sind verpflichtet, unverzüglich nach der Einreise das zuständige Gesundheitsamt zu kontaktieren und auf das Vorliegen der Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 hinzuweisen. Die Verpflichtung nach Satz 1 ist zu erfüllen

1. durch eine digitale Einreiseanmeldung unter https://www.einreiseanmeldung.de, indem die Daten nach Abschnitt I Nummer 1 Satz 1 der Anordnungen betreffend den Reiseverkehr nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag vom 29. September 2020 (BAnz AT 29.09.2020 B2) in der jeweils geltenden Fassung vollständig übermittelt werden und die erhaltene Bestätigung der erfolgreichen digitalen Einreiseanmeldung bei der Einreise mit sich geführt und auf Aufforderung dem Beförderer, im Fall von Abschnitt I Nummer 1 Satz 5 dieser Anordnungen der mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörde, vorgelegt wird oder
2. soweit in Ausnahmefällen eine Meldung nach Nummer 1 nicht möglich ist, durch die Abgabe einer Ersatzanmeldung nach dem Muster der Anlage 2 der Anordnungen betreffend den Reiseverkehr nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag (Aussteigekarte) in Schriftform an den Beförderer, im Falle von Abschnitt I Nummer 1 Satz 5 dieser Anordnungen an die mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragte Behörde, oder
3. soweit in Ausnahmefällen eine Meldung nach den Nummern 1 und 2 nicht möglich ist, durch die unverzügliche Übermittlung einer Aussteigekarte in Schrift- oder Textform an das zuständige Gesundheitsamt.

(4) Die von Absatz 1 Satz 1 erfassten Personen sind ferner verpflichtet, beim Auftreten von Symptomen, die auf eine Erkrankung mit COVID-19 im Sinne der dafür jeweils aktuellen Kriterien des Robert Koch-Instituts (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html) hinweisen, das zuständige Gesundheitsamt hierüber unverzüglich zu informieren.

(5) Für die Zeit der Absonderung unterliegen die von Absatz 1 Satz 1 erfassten Personen der Beobachtung durch das zuständige Gesundheitsamt.

§ 2 Ausnahmen von der Absonderung

(1) Die Verpflichtung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 besteht nicht für Personen, die nur zur Durchreise in das Land Brandenburg einreisen. Diese Personen haben das Gebiet des Landes Brandenburg auf direktem Weg zu verlassen; die hierfür erforderliche Durchreise durch das Gebiet des Landes Brandenburg ist gestattet.

(2) Die Verpflichtung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 besteht ferner nicht für Personen,

1. die sich im Rahmen des Grenzverkehrs mit Nachbarstaaten weniger als 24 Stunden in einem Risikogebiet nach § 1 Absatz 2 aufgehalten haben oder für bis zu 24 Stunden in das Land Brandenburg einreisen oder
2. die zum Zweck des Besuchs von Verwandten ersten Grades, der oder des nicht dem gleichen Haushalt angehörigen Ehegattin oder Ehegatten oder Lebensgefährtin oder Lebensgefährten oder des eingetragenen Lebenspartners oder aufgrund eines geteilten Sorgerechts oder eines Umgangsrechts für bis zu 72 Stunden in das Land Brandenburg einreisen oder sich zu diesem Zweck weniger als 72 Stunden in einem Risikogebiet nach § 1 Absatz 2 aufgehalten haben.

(3) Die Verpflichtung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 besteht ferner nicht bei Aufenthalten von weniger als 72 Stunden und bei Einhaltung angemessener Schutz- und Hygienekonzepte für

1. Personen, deren Tätigkeit für die Aufrechterhaltung des Gesundheitswesens dringend erforderlich und unabdingbar ist; die dringende Erforderlichkeit und Unabdingbarkeit ist durch den Arbeitgeber zu bescheinigen und
2. hochrangige Mitglieder des diplomatischen und konsularischen Dienstes, von Volksvertretungen und Regierungen.

(4) Die Verpflichtung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 besteht ferner nicht bei Einhaltung angemessener Schutz- und Hygienekonzepte für Personen, die sich zwingend notwendig

1. beruflich veranlasst,
2. zum Zwecke ihres Studiums, ihrer Schul- oder Berufsausbildung oder
3. zur Wahrnehmung von Bildungs- sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten zu beruflichen Zwecken

von ihrem Wohnsitz im Land Brandenburg in ein Risikogebiet nach § 1 Absatz 2 begeben und regelmäßig an ihren Wohnsitz zurückkehren (Grenzpendler) oder von ihrem Wohnsitz in einem Risikogebiet nach § 1 Absatz 2 in das Land Brandenburg begeben und regelmäßig an ihren Wohnsitz zurückkehren (Grenzgänger). Sie besteht ferner nicht für Personen, die sich zur Verfolgung eines Zwecks nach Satz 1 für bis zu fünf Tage zwingend notwendig und unaufschiebbar

1. in einem Risikogebiet nach § 1 Absatz 2 aufgehalten haben und in das Land Brandenburg einreisen oder
2. aus einem Risikogebiet einreisend im Land Brandenburg aufhalten.

In den Fällen des Satzes 1 sind die zwingende Notwendigkeit sowie die Einhaltung angemessener Schutz- und Hygienekonzepte, in den Fällen des Satzes 2 sind die zwingende Notwendigkeit und die Unaufschiebbarkeit durch den Dienstherrn, den Arbeitgeber, den Auftraggeber oder die Bildungseinrichtung zu bescheinigen.

(5) Die Verpflichtung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 besteht unter den in den Sätzen 2 bis 5 genannten Voraussetzungen ferner nicht für

1. Personen, deren Tätigkeit unabdingbar ist für die Aufrechterhaltung
    a. der Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens, insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, unterstützendes medizinisches Personal und 24-Stunden-Betreuungskräfte,
    b. der öffentlichen Sicherheit und Ordnung,
    c. der Pflege diplomatischer und konsularischer Beziehungen,
    d. der Funktionsfähigkeit der Rechtspflege,
    e. der Funktionsfähigkeit von Volksvertretung, Regierung und Verwaltung des Bundes, der Länder und der Kommunen, oder
    f. der Funktionsfähigkeit der Organe der Europäischen Union und von internationalen Organisationen;

   die Unabdingbarkeit ist durch den Dienstherrn, Arbeitgeber oder Auftraggeber zu bescheinigen,

2. Personen, die in das Land Brandenburg einreisen
    a. zum Besuch von Verwandten ersten oder zweiten Grades, der oder des nicht dem gleichen Haushalt angehörigen Ehegattin oder Ehegatten oder Lebensgefährtin oder Lebensgefährten oder des eingetragenen Lebenspartners oder zur Ausübung eines geteilten Sorgerechts oder eines Umgangsrechts,
    b. zum Zwecke einer dringenden medizinischen Behandlung oder
    c. zur Erfüllung der Aufgaben eines Beistands oder zur Pflege schutz- oder hilfebedürftiger Personen,
3. Polizeivollzugsbeamte, die aus dem Einsatz oder aus einsatzgleichen Verpflichtungen aus dem Ausland zurückkehren,
4. Personen, die zur Vorbereitung, Teilnahme, Durchführung und Nachbereitung internationaler Sportveranstaltungen durch das jeweilige Organisationskomitee akkreditiert werden oder von einem Bundessportfachverband zur Teilnahme an Trainings- oder Lehrgangsmaßnahmen eingeladen sind, oder
5. Personen, die als Urlaubsrückkehrer aus einem Risikogebiet im Sinne des § 1 Absatz 2 zurückreisen und die unmittelbar vor Rückreise in ihrem Urlaubsort einen Test mit negativem Ergebnis in Bezug auf eine Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus durchgeführt haben, sofern
    a. auf Grundlage einer Vereinbarung zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der jeweiligen nationalen Regierung vor Ort besondere epidemiologische Vorkehrungen (Schutz- und Hygienekonzept) für einen Urlaub in diesem Risikogebiet getroffen wurden,
    b. die Infektionslage in dem jeweiligen Risikogebiet der Nichterfüllung der Verpflichtung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 nicht entgegensteht und
    c. das Auswärtige Amt nicht wegen eines erhöhten Infektionsrisikos eine Reisewarnung unter https://www.auswaertiges-amt.de/de/ReiseUndSicherheit/reise-und-sicherheitshinweise für die betroffene Region ausgesprochen hat.

Satz 1 gilt nur, soweit die Personen über ein negatives Testergebnis in Bezug auf eine Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus auf Papier oder in einem elektronischen Dokument in deutscher, englischer oder französischer Sprache verfügen und sie dieses unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zehn Tagen nach der Einreise dem zuständigen Gesundheitsamt vorlegen. Die zu Grunde liegende Testung darf entweder höchstens 48 Stunden vor der Einreise vorgenommen worden sein oder muss bei der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland vorgenommen werden. Der zu Grunde liegende Test muss die Anforderungen des Robert Koch-Instituts erfüllen (https://www.rki.de/covid-19-tests). Das Testergebnis nach Satz 2 ist für mindestens zehn Tage nach der Einreise aufzubewahren.

(6) Die Verpflichtung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 besteht ferner nicht für

1. Personen nach § 54a des Infektionsschutzgesetzes,
2. Angehörige ausländischer Streitkräfte im Sinne des NATO-Truppenstatuts, des Truppenstatuts der NATO-Partnerschaft für den Frieden (PfP Truppenstatut) und des Truppenstatuts der Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU-Truppenstatut), die zu dienstlichen Zwecken nach Deutschland einreisen oder dorthin zurückkehren,
3. Personen, die zum Zweck einer mindestens dreiwöchigen Arbeitsaufnahme in das Land Brandenburg einreisen, wenn am Ort ihrer Unterbringung und ihrer Tätigkeit in den ersten zehn Tagen nach ihrer Einreise gruppenbezogen betriebliche Hygienemaßnahmen und Vorkehrungen zur Kontaktvermeidung außerhalb der Arbeitsgruppe ergriffen werden, die einer Absonderung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 vergleichbar sind, sowie das Verlassen der Unterbringung nur zur Ausübung ihrer Tätigkeit gestattet ist,
4. Personen, die beruflich bedingt unter Einhaltung angemessener Schutz- und Hygienekonzepte Personen, Waren, Post oder Güter auf der Straße, der Schiene, per Schiff oder per Flugzeug transportieren und
   a. diesen Transport grenzüberschreitend durchführen oder
   b. sich zum Zweck des Transports für bis zu 21 Tage zwingend notwendig und unaufschiebbar aus einem Risikogebiet einreisend im Land Brandenburg aufhalten; die Einhaltung der angemessenen Schutz- und Hygienekonzepte sowie die zwingende Notwendigkeit und die Unaufschiebbarkeit sind durch den Arbeitgeber zu bescheinigen.

Der Arbeitgeber von Personen nach Satz 1 Nummer 3 zeigt die Arbeitsaufnahme vor ihrem Beginn bei dem zuständigen Gesundheitsamt an und dokumentiert die ergriffenen Maßnahmen nach Satz 1 Nummer 3. Das zuständige Gesundheitsamt kann die Einhaltung der Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 3 überprüfen.

(7) Bei Vorliegen eines triftigen Grundes kann das zuständige Gesundheitsamt im Einzelfall auf Antrag weitere Ausnahmen zulassen.

(8) Die Absätze 1 bis 7 gelten nur, soweit die dort bezeichneten Personen keine Symptome aufweisen, die auf eine Erkrankung mit COVID-19 im Sinne der dafür jeweils aktuellen Kriterien des Robert Koch-Instituts (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html) hinweisen. Die in den Absätzen 2 bis 7 bezeichneten Personen haben zur Durchführung eines Tests eine Ärztin oder einen Arzt oder ein Testzentrum aufzusuchen, wenn bei ihnen innerhalb von zehn Tagen nach der Einreise Symptome im Sinne des Satzes 1 auftreten. Die Absonderung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 wird für die Dauer, die zur Durchführung eines Tests nach Satz 2 erforderlich ist, ausgesetzt.

§ 3 Verkürzung der Absonderungsdauer

(1) Die Absonderung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 endet frühestens ab dem fünften Tag nach der Einreise, wenn eine Person über ein negatives Testergebnis in Bezug auf eine Infektion mit SARS-CoV-2-Virus auf Papier oder in einem elektronischen Dokument in deutscher, englischer oder französischer Sprache verfügt und sie dieses unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zehn Tagen nach der Einreise dem zuständigen Gesundheitsamt vorlegt. Die zu Grunde liegende Testung muss mindestens fünf Tage nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland vorgenommen worden sein und die Anforderungen des Robert Koch-Instituts erfüllen (https://www.rki.de/covid-19-tests). Das Testergebnis ist für mindestens zehn Tage nach der Einreise aufzubewahren.

(2) Personen mit verkürzter Absonderungsdauer nach Absatz 1 haben zur Durchführung eines Tests eine Ärztin oder einen Arzt oder ein Testzentrum aufzusuchen, wenn innerhalb

von zehn Tagen nach der Einreise Symptome auftreten, die auf eine Erkrankung mit COVID-19 im Sinne der dafür jeweils aktuellen Kriterien des Robert Koch-Instituts hinweisen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html).

(3) Die Absonderung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 wird für die Dauer, die zur Durchführung eines Tests nach Absatz 1 oder Absatz 4 erforderlich ist, ausgesetzt.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die von § 2 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 erfassten Personen entsprechend.

§ 4 Durchsetzung der Gebote und Verbote, Bußgelder

(1) Ordnungswidrig im Sinne des § 73 Absatz 1a Nummer 24 des Infektionsschutzgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. sich entgegen § 1 Absatz 1 Satz 1 nicht auf direktem Weg in eine dort genannte Wohnung oder Unterkunft begibt,
2. sich entgegen § 1 Absatz 1 Satz 1 nicht absondert,
3. entgegen § 1 Absatz 1 Satz 2 Besuch empfängt,
4. entgegen § 1 Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4 das zuständige Gesundheitsamt nicht oder nicht rechtzeitig informiert,
5. entgegen § 2 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 1 das Land Brandenburg nicht auf direktem Weg verlässt,
6. entgegen § 2 Absatz 3 Nummer 1 Halbsatz 2, Absatz 4 Satz 3 oder Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 eine Bescheinigung unrichtig ausstellt,
7. entgegen § 2 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 keine gruppenbezogenen betrieblichen Hygienemaßnahmen oder Vorkehrungen zur Kontaktvermeidung außerhalb der Arbeitsgruppe ergreift,
8. entgegen § 2 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 die Unterkunft verlässt oder
9. entgegen § 2 Absatz 6 Satz 2 das zuständige Gesundheitsamt nicht informiert.

(2) Ordnungswidrigkeiten im Sinne des Absatzes 1 können mit einer Geldbuße bis zu 25 000 Euro geahndet werden.

(3) Die Regelsätze für Geldbußen wegen einer Ordnungswidrigkeit nach Absatz 1 sind als Anlage veröffentlicht.

§ 5 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 9. November 2020 in Kraft. Sie tritt mit Ablauf des 15. Dezember 2020 außer Kraft; die aus § 1 folgenden Verpflichtungen dauern für Personen, die vor dem 15. Dezember 2020 in das Gebiet des Landes Brandenburg eingereist sind, bis zum Ablauf von zehn Tagen nach der Einreise fort.

Anlage (zu § 4 Absatz 3)
Bußgeldkatalog zur Ahndung von Verstößen im Bereich des Infektionsschutzgesetzes in Verbindung mit dieser Verordnung

Bei Ordnungswidrigkeiten nach dieser Verordnung, die im Rahmen dieses Bußgeldkatalogs aufgeführt sind, ist eine Geldbuße nach den darin bestimmten Beträgen festzusetzen. Die im Bußgeldkatalog bestimmten Beträge sind Regelsätze.

Die Festlegung des konkreten Bußgeldes innerhalb des vorgegebenen Rahmens erfolgt im pflichtgemäßen Ermessen der zuständigen Verwaltungsbehörde. Hierbei sind unter anderem

- das Ausmaß der durch die Tat entstandenen Gefahren für die öffentliche Gesundheit,
- ein durch den Verstoß für die Täterin oder den Täter gegebenenfalls entstandener wirtschaftlicher Vorteil aus der Tat und dessen Höhe,
- ein gegebenenfalls fahrlässiges Handeln der Täterin oder des Täters,
- die Einsichtigkeit der Täterin oder des Täters oder
- vorangegangene Verstöße der Täterin oder des Täters gegen diese Verordnung

zu berücksichtigen.

Regelungen	**Verstoß**	**Adressat des Bußgeld-bescheids**	**Regelsatz in Euro**
§ 1 Absatz 1 Satz 1	Unterlassen des Aufsuchens der Haupt- oder Nebenwohnung oder einer anderen die Absonderung ermöglichenden Unterkunft auf direktem Weg	Ein- oder Rückreisende	200 – 2 000
§ 1 Absatz 1 Satz 1	Unterlassen der Absonderung	Ein- oder Rückreisende	500 – 3 000
§ 1 Absatz 1 Satz 2	Empfang von Besucherinnen oder Besuchern	Ein- oder Rückreisende	100 – 1 000
§ 1 Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4	Unterlassung oder nicht recht zeitige Information des zuständigen Gesundheitsamts	Ein- oder Rückreisende	100 – 2 000
§ 2 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 1	Unterlassung des Verlassens des Landes Brandenburg auf direktem Weg	Durchreisende	200 – 2 000
§ 2 Absatz 3 Nummer 1 Halbsatz 2, Absatz 4 Satz 3 oder Absatz 5 Satz 1 Nummer 1	Ausstellung einer unrichtigen Bescheinigung	Dienstherr, Arbeitgeber, Auftraggeber oder Bildungseinrichtung	150 – 2 500
§ 2 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3	Unterlassung gruppenbezogener betrieblicher Hygienemaßnahmen und Vorkehrungen zur Kontakt-vermeidung außerhalb der Arbeitsgruppe	Arbeitgeber	300 – 3 000
§ 2 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3	Verlassen der Unterkunft	Arbeitnehmer	500 – 3 000
§ 2 Absatz 6 Satz 2	Unterlassung der Information des zuständigen Gesundheitsamts	Arbeitgeber	100 – 2 000

3. Eingriff in Form von Freiheitsentziehung und Verfassungswidrigkeit bereits mangels Erfüllung der Anforderungen des Art. 104 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 GG

Ich reise gern und oft. So habe ich beispielsweise vor elf Jahren ### unternommen. In letzter Zeit sind die Ziele kürzer. Aber zu Urlaubs- oder Ausflugszwecken bin ich auch oft im Ausland. Im November war ursprünglich eine Reise nach ### geplant. Im Januar oder Februar möchte ich noch einmal nach ### zu Urlaubszwecken. Durch Vorschriften droht mir eine Quarantäne von bis zu 14 Tagen, wenn das Gebiet, aus dem ich Wiedereinreise, zu diesem Zeitpunkt als Risikogebiet vom Robert Koch-Institut erklärt worden ist.

Dies ändert sich ständig. Es ist sehr gut möglich, dass insbesondere Italien im Februar wieder als Risikogebiet eingestuft wird.

Da ich bußgeldbewehrt zwischen 500 – 3.000 EUR (§ 1 Absatz 1 Satz 1 i.V.m. § 4 Absatz 3 SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung ###) verpflichtet bin, meine Wohnung aufzusuchen und für 14 Tage nicht zu verlassen, handelt es sich nicht nur um eine Freiheitsbeschränkung, sondern um eine Freiheitsentziehung, da die Freiheit nach allen Richtungen hin aufgehoben ist. Auch kann nicht von einer nur kurzzeitigen Entziehung der Freiheit die Rede sein. Die Entziehung der Freiheit wird auch durch unmittelbaren Zwang durchgesetzt. Zwar wird die Wohnung nicht von außen abgeschlossen und es steht auch kein Polizeibeamter vor der Tür, der mich am Herausgehen hindert. Indes haben die Zwangsandrohungen und die Androhungen von Bußgeldern rein faktisch die identische Wirkung, sodass die Quarantäne als Freiheitsentziehung im Sinne des Art. 104 Abs. 1, 2 GG zu werten ist. Denn es kommt auf das Ergebnis an, dass die Freiheit nach allen Richtungen hin aufgehoben ist. Dies wird einerseits durch die massive Bußgeldandrohung bewirkt, die bis hin zu 25.000 EUR betragen kann, insbesondere bei wiederholten vorsätzlichen Verstößen. Dies bedeutet für viele Menschen den wirtschaftlichen Ruin und hat damit für das Freiheitsgrundrecht erdrosselnde Wirkung. Einen Verstoß gegen die auferlegten Verhaltensnormen werden die meisten allein aufgrund dieses Umstandes nicht wagen. Hinzu kommt, dass bei Nichtbeachtung die zwangsweise Unterbringung in einem abgeschlossenen Krankenhaus gemäß § 30 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz droht.

Zwar ist es möglich, die Quarantäne durch Vorlage eines kostenpflichtigen ärztlichen Zeugnisses, was sich auf einen negativen Test stützt und darüber hinaus eine Symptomfreiheit bestätigt, zu umgehen. Dies ändert indes nichts an dem vorliegenden Eingriff, falls ich dieser Forderung nicht nachkomme. Für den Fall, dass doch Symptome vorliegen sollten (was im Winterhalbjahr durchaus der Fall sein kann) oder, dass der Test positiv sein sollte, entfällt die Quarantäne auch nicht bzw. es ist unmittelbar mit einer auf § 30 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz gestützten Anordnung des Gesundheitsamtes zu rechnen, welche gegenwärtig ebenfalls darin besteht, eine 14-tägige Quarantäne anzuordnen. Da hier auch der Sofortvollzug angeordnet wird, droht in diesem Falle bei einem Verstoß hiergegen die Verwirklichung eines Straftatbestandes mit einer angedrohten Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe. Strafbar macht sich nach § 75 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz, wer einer vollziehbaren Anordnung nach § 30 Abs. 1 S. 1, auch i.V.m. einer Rechtsverordnung nach § 32 S. 1 Infektionsschutzgesetz, zuwiderhandelt.

Da es sich wie aufgezeigt um eine (echte) Freiheitsentziehung handelt, besteht auch ein Verstoß gegen die Rechtsgarantien bei Freiheitsentziehung des Art. 104 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 GG. Denn die Verordnung sieht keinen Richtervorbehalt vor.

VII. Keine verfassungsmäßige Rechtfertigung der Eingriffe

Die Eingriffe sind verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen.

1. Formelle Verfassungswidrigkeit: Zuständigkeits- und Verfahrensverstoß durch Konferenzen der Bundeskanzlerin mit den Ministerpräsidenten aller Bundesländer außerhalb der Regelungen des Grundgesetzes

a) Im Frühjahr 2020 hat sich ein dem Grundgesetz fremdes Gremium gebildet, dessen Beschlüsse maßgeblichen Einfluss auf die Gesetzgebungen der Länder und teilweise auch des Bundes haben. Es handelt sich dabei um die regelmäßig, oft etwa alle vier Wochen oder in kürzeren Abständen – zuletzt am 28.10.2020, 17.11.2020, 2.12.2020 und 13.12.2020 – stattfindende Konferenz der Bundeskanzlerin mit allen Ministerpräsidenten der 16 Bundesländer. Das Vorgehen stellt sich in etwa so dar, dass regelmäßig die Bundeskanzlerin bei gewünschten Regelungsänderungen in den sogenannten Corona-Verordnungen der Länder zu dieser Konferenz alle Ministerpräsidenten einlädt, die sodann teils bei physischer Anwesenheit, teils via Videokonferenz stattfindet. In diese Konferenz bringen alle Ministerpräsidenten und die Bundeskanzlerin als Vertreterin der Bundesregierung und damit des Bundes ihre Vorstellungen ein, wie in den nächsten Wochen auf die Epidemie teils mit leichteren, vor allem aber mit verschärften Regelungen in den Corona-Verordnungen der Länder auf eine mutmaßliche Veränderung der Sachlage reagiert werden soll. Es geht dabei teils um ein Abstimmen der Regelungen der einzelnen Bundesländer untereinander, auch um eine gewisse Einheitlichkeit zu erreichen, aber auch darum, durch die Bundesregierung, insbesondere durch die Bundeskanzlerin, Einfluss auf die Gesetzgebung der Länder in ihren Corona-Verordnungen zu nehmen. Hierzu bringen nicht nur die Länder, sondern auch die Bundeskanzlerin schriftlich ausgearbeitete Beschlussvorlagen ein, mit dem Ziel, dass man sich auf einen solchen gemeinsamen Beschluss einigt.

Beispielhaft sei die Beschlussvorlage der Bundeskanzlerin für die Telefonkonferenz der Bundeskanzlerin und der Ministerpräsidenten vom 28. Oktober 2020 angeführt:[54]

> „**<u>Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder fassen folgenden Beschluss</u>:**
>
> Trotz der Maßnahmen, die Bund und Länder vor zwei Wochen vereinbart haben, steigt die Zahl der Infektionen mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) inzwischen in nahezu allen Regionen Deutschlands mit exponentieller Dynamik an. Dies hat dazu geführt, dass bereits in zahlreichen Gesundheitsämtern eine vollständige Kontaktnachverfolgung nicht mehr gewährleistet werden kann, was wiederum zu einer beschleunigten Ausbreitung des Virus beiträgt. Deshalb ist es nun erforderlich, durch eine

[54] Hervorhebung durch Verfasser.

erhebliche Reduzierung der Kontakte in der Bevölkerung insgesamt das Infektionsgeschehen aufzuhalten und die Zahl der Neuinfektionen wieder in die nachverfolgbare Größenordnung von unter 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner in einer Woche zu senken. Ohne solche Beschränkungen würde das weitere exponentielle Wachstum der Infiziertenzahlen unweigerlich binnen weniger Wochen zu einer Überforderung des Gesundheitssystems führen und die Zahl der schweren Verläufe und der Todesfälle würde erheblich ansteigen. Wesentlich ist es dabei auch, jetzt schnell zu reagieren. Je später die Infektionsdynamik umgekehrt wird, desto länger bzw. umfassender sind Beschränkungen erforderlich. Ziel von Bund und Ländern ist es, zügig die Infektionsdynamik zu unterbrechen, damit in der Weihnachtszeit keine weitreichenden Beschränkungen im Hinblick auf persönliche Kontakte und wirtschaftliche Tätigkeit erforderlich sind. Familien und Freunde sollen sich auch unter Corona-Bedingungen in der Weihnachtszeit treffen können. Dazu bedarf es jetzt erneut, wie schon im Frühjahr, einer gemeinsamen Anstrengung.

Bund und Ländern ist bewusst, dass die Beschränkungen für die Bevölkerung eine große Belastung darstellen. Deshalb gebührt der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung großer Dank, die bisher und auch in Zukunft diese Maßnahmen mit Gemeinsinn und Geduld einhalten und besonders denjenigen, die für die praktische Umsetzung der Maßnahmen sorgen und natürlich auch denen, die im Gesundheitssystem ihren Dienst leisten. Die Lage ist jetzt wieder sehr ernst. Vor uns liegen vier schwierige Wintermonate. Aber Bund und Länder sehen mit Zuversicht in die Zukunft. Die Fortschritte bei der Impfstoffentwicklung und die einfachere Infektionskontrolle im Sommer geben uns die Hoffnung, dass Deutschland, wenn es gut durch diesen Winter kommt, im nächsten Jahr schrittweise die Pandemie überwinden und sich auch wirtschaftlich erholen kann. Vor diesem Hintergrund **vereinbaren** die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder ergänzend zu ihren bisherigen Beschlüssen:

1. Ab dem 4. November treten deutschlandweit die im Folgenden dargelegten zusätzliche[n] Maßnahmen in Kraft. Die Maßnahmen werden bis Ende November befristet. Nach Ablauf von zwei Wochen werden die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder sich erneut beraten und die durch die Maßnahmen erreichten Ziele beurteilen und notwendige Anpassungen vornehmen.

2. Wichtigste Maßnahme in der kommenden Zeit wird es sein, Abstand zu halten und Kontakte zu verringern. Die Bürgerinnen und Bürger werden angehalten, die Kontakte zu anderen Menschen außerhalb der Angehörigen des eigenen Hausstands auf ein absolut nötiges Minimum zu reduzieren.

3. Der Aufenthalt in der Öffentlichkeit ist daher ab sofort nur mit den Angehörigen des eigenen und eines weiteren Hausstandes gestattet. Dies gilt verbindlich und Verstöße gegen diese Kontaktbeschränkungen werden entsprechend von den Ordnungsbehörden sanktioniert. Darüber hinausgehende Gruppen feiernder Menschen auf öffentlichen Plätzen, in Wohnungen sowie privaten

Einrichtungen sind angesichts der ernsten Lage in unserem Land inakzeptabel. Bund und Länder wirken bei den verstärkten Kontrollen zusammen.

4. Bürgerinnen und Bürger werden aufgefordert, generell auf private Reisen und Besuche -auch von Verwandten- zu verzichten. Das gilt auch im Inland und für überregionale tagestouristische Ausflüge. Übernachtungsangebote im Inland werden nur noch für notwendige und ausdrücklich nicht touristische Zwecke zur Verfügung gestellt.

5. Institutionen und Einrichtungen, die der Freizeitgestaltung zuzuordnen sind, werden geschlossen. Dazu gehören

a. Theater, Opern, Konzerthäuser, und ähnliche Einrichtungen

b. Messen, Kinos, Freizeitparks und Anbieter von Freizeitaktivitäten (drinnen und draußen), Spielhallen, Spielbanken, Wettannahmestellen und ähnliche Einrichtungen

c. Prostitutionsstätten, Bordelle und ähnliche Einrichtungen

d. der Freizeit- und Amateursportbetrieb auf und in allen öffentlichen und privaten Sportanlagen, Schwimm- und Spaßbädern,

e. Fitnessstudios und ähnliche Einrichtungen.

6. Veranstaltungen, die der Unterhaltung dienen, werden untersagt.

7. Gastronomiebetriebe sowie Bars, Clubs, Diskotheken, Kneipen und ähnliche Einrichtungen werden geschlossen. Davon ausgenommen ist die Lieferung und Abholung mitnahmefähiger Speisen für den Verzehr zu Hause.

8. Dienstleistungsbetriebe im Bereich der Körperpflege wie Kosmetikstudios, Massagepraxen, Tattoo-Studios und ähnliche Betriebe werden geschlossen, weil in diesem Bereich eine körperliche Nähe unabdingbar ist. Medizinisch notwendige Behandlungen, zum Beispiel Physiotherapien, bleiben weiter möglich. Friseursalons bleiben unter den bestehenden Auflagen zur Hygiene geöffnet.

9. Der Einzelhandel bleibt unter Auflagen zur Hygiene, zur Steuerung des Zutritts und zur Vermeidung von Warteschlangen insgesamt geöffnet. Dabei ist sicherzustellen, dass sich in den Geschäften nicht mehr als ein Kunde pro 25 qm Verkaufsfläche aufhält.

10. Schulen und Kindergärten bleiben offen. Angesichts der hohen Infektionszahlen werden weitere Schutzmaßnahmen durch die Länder eingeführt.

11. Für die von den temporären Schließungen betroffenen Unternehmen und Einrichtungen wird der Bund eine Nothilfe [Konzept wird in der MPK erläutert] gewähren, um sie für die finanziellen Ausfälle zu entschädigen.

12. Jenseits der umfassenden temporären Beschränkungen führen bereits die bisherigen Maßnahmen dazu, dass einige Wirtschaftsbereiche auch in den kommenden Monaten erhebliche Einschränkungen ihres Geschäftsbetriebes hinnehmen müssen. Deshalb wird der Bund Hilfsmaßnahmen für Unternehmen verlängern und die Konditionen für die hauptbetroffenen Wirtschaftsbereiche verbessern (Überbrückungshilfe III). Dies betrifft zum Beispiel den Bereich der Kultur- und Veranstaltungswirtschaft. Außerdem wird der KfW-Schnellkredit für Unternehmen mit weniger als 10 Beschäftigten geöffnet und angepasst.

13. Auch in der Pandemie wollen wir in Industrie, Handwerk und Mittelstand sicheres Arbeiten möglichst umfassend ermöglichen. Die Arbeitgeber haben eine besondere Verantwortung für ihre Mitarbeiter, um sie vor Infektionen zu schützen. Infektionsketten, die im Betrieb entstehen, sind schnell zu identifizieren. Deshalb muss jedes Unternehmen in Deutschland auch auf Grundlage einer angepassten Gefährdungsbeurteilung sowie betrieblichen Pandemieplanung ein Hygienekonzept umsetzen und angesichts der gestiegenen Infektionszahlen auch nochmals anpassen. Ziel ist u.a. nicht erforderliche Kontakte in der Belegschaft und mit Kunden zu vermeiden, allgemeine Hygienemaßnahmen umzusetzen und die Infektionsrisiken bei erforderlichen Kontakten durch besondere Hygiene- und Schutzmaßnahmen zu minimieren. Bund und Länder fordern die Unternehmen eindringlich auf, jetzt wieder angesichts der hohen Infektionszahlen, wo immer dies umsetzbar ist, Heimarbeit zu ermöglichen. Die für den Arbeitsschutz zuständigen Behörden sowie die Unfallversicherungsträger beraten die Unternehmen dabei und führen Kontrollen durch.

14. Steigende Infektionszahlen führen leider auch zu einem Anstieg an Infektionen in medizinischen Einrichtungen und bei vulnerablen Gruppen. Deren Schutz stellt eine besondere Herausforderung dar. Deshalb haben die zuständigen Stellen je nach den lokalen Gegebenheiten für die Krankenhäuser, Pflegeheime, Senioren und Behinderteneinrichtungen besondere Schutzvorkehrungen ergriffen. Dabei wird stets berücksichtigt, dass die jeweiligen Regelungen nicht zu einer vollständigen sozialen Isolation der Betroffenen führen dürfen. Bei steigenden Infektionszahlen werden diese Maßnahmen entsprechend angepasst. Der Bund hat durch die neue Testverordnung sichergestellt, dass die Kosten der seit kurzem verfügbaren SARS-CoV2-Schnelltests für regelmäßige Testungen der Bewohner bzw. Patienten, deren Besucher und das Personal übernommen werden. Die verfügbaren Schnelltests sollen jetzt zügig und prioritär in diesem Bereich eingesetzt werden, um auch bei steigenden Infektionszahlen einen bestmöglichen Schutz zu gewährleisten und sichere Kontakte zu ermöglichen.

15. Bund und Länder werden die Information über die geltenden Corona-Maßnahmen noch einmal verstärken und durch möglichst einheitliche Maßnahmen die Übersichtlichkeit erhöhen. Sie werden jedoch auch die Kontrollen zur Einhaltung der Maßnahmen flächendeckend verstärken und dabei auch mittels verdachtsunabhängiger Kontrollen, insbesondere im grenznahen Bereich, die Einhaltung der Quarantäneverordnungen überprüfen.

16. Bund und Länder sind sich darüber im Klaren, dass es sich um sehr einschneidende Maßnahmen handelt. Aber sie sind notwendig und sie sind mit Blick auf das zu schützende Rechtsgut der Gesundheit der Bevölkerung und zur Abwendung noch umfangreicherer wirtschaftlicher Schäden im Falle einer unkontrollierten pandemischen Entwicklung verhältnismäßig."

Der Abgleich mit den unmittelbar darauf erlassenen Coronaverordnungen von Berlin (Zehnte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung vom 29. Oktober 2020) und Brandenburg (SARS-CoV-2-VO Brandenburg 30.10.2020, s.o.) zeigt, dass sich die Bundeskanzlerin mit ihrem Entwurf in weiten Teilen durchgesetzt hat.

Plastisch wird das Vorgehen zum „Bund-Länder-Gipfel" vom 17.11.2020 vom Merkur am 18.11.2020 in seiner Online-Ausgabe beschrieben:

„Corona-Gipfel: Hat Merkel den „Bogen überspannt"? SPD und FDP sauer - neue Kanzler-Einschätzung durchgesickert":

[…]

Update vom 17. November, 17.47 Uhr: Kanzlerin Angela Merkel rechnet mit schwierigen Verhandlungen mit den Ministerpräsidenten der Länder über eine Corona-Strategie bis Weihnachten und Silvester. „Ich hoffe, dass wir nächste Woche zu weiteren Dingen kommen", sagte Merkel am Dienstag nach Informationen der Deutschen Presse-Agentur in einer virtuellen Sitzung der Unionsfraktion in Berlin. Von Teilnehmern wurde sie mit den Worten zitiert: „Das werden sehr, sehr schwierige Entscheidungen werden." An die Haushaltspolitiker in der Fraktion gewandt sagte sie, je länger man die Diskussion über die Maßnahmen hinziehe „und wenn wir es nicht entschlossen genug machen, dann wird es nicht billiger".

Auch weil man zu Weihnachten ein gewisses Maß an Freiheit geben wolle, hätte sie bei den Verhandlungen am Montag gerne „noch ein bisschen mehr" beschlossen. Je mehr man sich jetzt anstrenge, umso besser könne man dann auch wenigstens unter Corona-Bedingungen auch wieder bestimmte Lockerungen zulassen. Noch komplizierter werde die Frage, wie man Silvester gestalte, sagte Merkel. Mit Blick auf die Maßnahmen über den Jahreswechsel sagte Merkel nach den dpa-

Informationen, dies müsse auch noch auf europäischer Ebene besprochen werden. Wenn etwa Österreich durch den dortigen harten Lockdown relativ schnell von der sehr hohen Infektionsrate herunter komme, müsse man trotzdem aufpassen, dass nicht zu Silvester wieder alles eingerissen werde, indem dort die Skisaison eröffnet werde. Es müsse versucht werden, sich in Europa auf bestimmte einheitliche Verhaltensmaßregeln zu konzentrieren. Das werde nicht ganz einfach, sagte Merkel voraus.

Die Kanzlerin begründete auch ihren Vorstoß, die Corona-Regeln in den Schulen zu verschärfen. Schon Anfang November sei man sich bewusst gewesen, dass man 75 Prozent der Kontakte einschränken müsse. Ein großer Teil dieser Kontakte finde im Privatbereich statt, ein Teil in Restaurants und im Freizeitbereich. Aber einen großen Teil von Kontakten gebe es auch in Schulen und Kitas, sagte Merkel. Bei vielen Erkrankten könne Corona nicht von normalen Atemwegserkrankungen unterschieden werden. Das sei auch das Problem bei vielen älteren Kindern, die oft keine Symptome zeigten, aber infektiös seien. Zugleich betonte Merkel, niemand wolle die Schulen schließen.

Corona-Gipfel: Hat Merkel den „Bogen überspannt"? SPD und FDP sauer - „Tölpelhafte Vorschläge"

Update vom 17. November, 15.55 Uhr: Handfeste neue Regeln brachte der Corona-Gipfel vom Montag (noch) nicht - dafür aber jede Menge Streit. Die Schuld dafür sehen die Opposition und sogar der Koalitionspartner SPD offen bei Kanzlerin Angela Merkels Haus.

Die Vorbereitung der Ministerpräsidentenkonferenz durch das Kanzleramt sei suboptimal gewesen, sagte der Parlamentarische Geschäftsführer der SPD, Carsten Schneider, am Dienstag. Selbst eine Beschlussvorlage an die eigentlich federführenden Länder zu schicken sei ein Fehler gewesen. Sich dann auch noch ohne Rücksprache in Fragen der Schulpolitik einzumischen sei „ein Verfahren, das wir missbilligen".

Noch deutlicher wurde Bundestagsvizepräsident Wolfgang Kubicki (FDP). Die Beschlussvorlage von Kanzleramtschef Helge Braun (CDU) sei „schneller zerrissen" worden, als sie mediale Wirkung hätte erzielen können. Das liege auch an der „Tölpelhaftigkeit und Inkonsistenz" der Vorschläge. So sei es etwa widersinnig gewesen, dass sich gemäß Vorlage zwei dreiköpfige Familien zuhause hätten treffen können, im Freien aber nicht. Unlogisch sei es auch, Kinder in großer Zahl gemeinsam in Klassenzimmer zu setzen, aber soziale Kontakte in der Freizeit auf je eine/n Freund/in pro Kind zu beschränken.

Auch Kubicki kritisierte eine versuchte Bevormundung der Länder: „Es war absehbar, dass die Bundeskanzlerin für ihre unbotmäßige Intervention irgendwann die Quittung erhält. Denn über den Infektionsschutz bestimmen die Länder in eigener Verantwortung", betonte er. Das Kanzleramt habe

„den Bogen überspannt". Damit seien die Bund-Länder-Runden am Ende - die Parlamente müssten nun wieder das Heft des Handelns in die Hand nehmen."

Die am 21.12.2020 veröffentlichte Begründung zur 3. SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 15./18.12.2020 belegt auf Seite 4 offenkundig, dass der gefasste Beschluss der Bund-Länder-Konferenz Grundlage der Dritten SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 15. Dezember 2020 in Brandenburg war:[55]

> „2. In Umsetzung des gesetzlichen Auftrags aus § 28a Absatz 3 Satz 9 des Infektionsschutzgesetzes haben die Regierungschefinnen und -chefs der Bundesländer gemeinsam mit der Bundeskanzlerin am 25. November 2020 beschlossen, die von ihnen am 28. Oktober 2020 beschlossenen Maßnahmen bundesweit zu verlängern und punktuell anzupassen. Mit Beschluss vom 13. Dezember 2020 wurde nunmehr eine bundesweite erhebliche Verschärfung der bisherigen Schutzmaßnahmen beschlossen (Beschluss vom 13. Dezember 20202). In Umsetzung dieses Beschlusses ist insbesondere die Implementierung der folgenden Bausteine zur Pandemiebekämpfung vorgesehen:
>
> – Eine generelle Aufenthaltsbeschränkung im öffentlichen Raum,
> – eine nächtliche Ausgangsbeschränkung,
> – eine Verschärfung der infektiologisch gebotenen Anforderungen an die Durchführung von Versammlungen,
> – eine Beschränkung des Einzelhandels auf den Bereich der jahreszeitadäquaten Grundversorgung,
> – ein Verbot des Verzehrs alkoholischer Getränke im öffentlichen Raum,
> – eine tägliche Besuchsgrenze in Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege sowie eine Testpflicht für dort tätiges Personal."

b) Diese Bund-Länder-Konferenzen verstoßen unter mehreren Gesichtspunkten gegen das Grundgesetz.

Zu einem Verstoß gegen die Verfassung kommt wohl auch der **frühere Präsident des Bundesverfassungsgerichts Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier** in einem Interview mit der Neuen Zürcher Zeitung, veröffentlicht am 20.10.2020:[56]

---

[55] Abrufbar unter https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/coronavirus/informationen-zum-neuartigen-coronavirus/ (abgerufen am 29.12.2020).

[56] https://www.nzz.ch/international/hans-juergen-papier-warnt-vor-aushoehlung-der-grundrechte-ld.1582544 (zuletzt abgerufen am 7.12.2020). Hervorhebung durch Verfasser.

„[…]

Frage: Stattdessen erleben wir den Aufstieg eines neuen Gremiums mit quasi gesetzgeberischer Kompetenz, des regelmäßigen Treffens der Bundeskanzlerin mit den Chefs der Landesregierungen. Dort werden neue Anti-Corona-Beschlüsse verkündet.

Antwort: Auch hier besteht eine ganz offenkundige Diskrepanz zwischen der politischen Wirklichkeit und dem Verfassungsrecht. Ein solches Gremium ist in der Verfassung nicht vorgesehen.“

(1) Verstoß gegen die Verfahrensprinzipien der Gesetzgebung der Länder bei Erlass von Rechtsverordnungen

Anders als bei förmlichen Gesetzen gibt es bei Rechtsverordnungen zwar kein Gesetzesinitiativrecht. So bestimmt Artikel 75 der Verfassung von Brandenburg: „Gesetzesvorlagen können aus der Mitte des Landtages, durch die Landesregierung oder im Wege des Volksbegehrens eingebracht werden.“ Derartiges findet sich für Verordnungen nicht. Allerdings ist es Staatspraxis, dass die Initiative für eine Verordnung in der Regel aus dem Ressort selbst oder von der Landesregierung stammt. Der Impuls von außen ist zwar grundsätzlich denkbar, allerdings die Ausnahme. Landesverfassungen und auch das Grundgesetz haben ein anderes Leitbild vor Augen, nämlich, dass die Verordnung ein Instrument zur eigenen Regelung auf niedrigerer Ebene darstellt, die sich in den Grenzen bewegt, die durch das zur Verordnung ermächtigende Gesetz vorgibt. Keinesfalls war gewollt, dass eine Art Durchregieren der Bundesregierung bis auf die Ebene der Rechtsverordnungen der einzelnen Länder in dieser Häufigkeit, diesem Ausmaß und dieser Intensität erfolgt.

(2) Verstoß gegen das Bundesstaatsprinzip gemäß Art. 20 Abs. 1 GG

Es liegt ein Verstoß gegen das Bundesstaatsprinzip gemäß Art. 20 Abs. 1 GG vor. Denn die Bundeskanzlerin nimmt unzulässig Einfluss auf die Gesetzgebungshoheit der Länder und stellt damit ihre vornehmste und wesentlichste Aufgabe infrage. Gleiches gilt für jeden Ministerpräsidenten, der eine ebensolche Beschlussvorlage einbringt und damit andere Ministerpräsidenten dazu bewegen möchte, diese Beschlussvorlage in dessen Land als Verordnung umzusetzen. Natürlich ist es möglich, über Maßnahmen zu diskutieren und Vorteile und Nachteile auszutauschen. Derlei geschieht häufig beispielsweise bei sogenannten Mustergesetzen, bei denen die Gesetzgebungskompetenz bei den Ländern liegt. So ist zum Beispiel das Polizeirecht hiervon geprägt. Die Grenze zur unzulässigen Einflussnahme wird aber dann überschritten, wenn darauf gedrängt wird, einen Konsens herzustellen. Dies stellt auch die Bundesstaatlichkeit und die damit intendierte Vielfalt innerhalb des Landes infrage und das verfassungsrechtliche Gebot, Dinge so zu regeln, wie sie auf Landesebene und regional geeignet, erforderlich

und angemessen sind und für das jeweilige Land passen. Überträgt man den Maßstab eines Landes auf ein anderes Land, führt dies vielfach zu übermäßigen Eingriffen, die so nicht notwendig wären. Dies zeigt das Beispiel Bayern und Mecklenburg-Vorpommern. In Bayern kamen aufgrund höherer Infektionszahlen durchaus tiefere Eingriffe in Betracht, nicht hingegen in Mecklenburg-Vorpommern, wobei auch Mecklenburg-Vorpommern nahezu identische Maßnahmen verhangen hat.

(3) Verstoß gegen die verfassungsrechtliche Struktur der Zusammenarbeit von Bund und Ländern, insbesondere Art. 70 – 74 und Art. 91a ff. GG

Ferner liegt ein Verstoß gegen die verfassungsrechtliche Struktur der Zusammenarbeit von Bund und Ländern vor. Ein solches Gremium wie die Bund-Länder-Konferenz sieht das Grundgesetz aus gutem Grund nicht vor. Weil es – wie zuvor dargestellt – die verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten untergräbt und damit die Hoheiten der Länder unterminiert und verwässert werden. Damit wird auch gegen die Bundesverfassung mit ihrem klaren Kompetenzgefüge verstoßen. Insbesondere sehen die dadurch ebenso verletzten Art. 70 – 74 GG eine ausdifferenzierte Gesetzgebungszuständigkeit vor, wonach das Grundgesetz eine klare Regelung dahingehend trifft ob, entweder der Bund oder die Länder für die Gesetzgebung in einem Bereich zuständig sein sollen, bestimmt nach der ausschließlichen und der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz. Eine Zusammenarbeit auch auf der Ebene der Anbahnung eines Gesetzes oder ein Gesetzesinitiativrecht sieht das Grundgesetz gerade nicht vor. Dies ist umso bedeutungsvoller, da gerade die Beschlussvorlagen aus dem Bundeskanzleramt weitgehend Eingang in die Corona-Verordnungen der Länder gefunden haben. Doch begründet bereits die Mitsprache in einem solchen Forum die Gefahr, dass Regelungen getroffen werden, die ansonsten nicht verwirklicht worden wären. Ist ein solcher Bund-Länder-Beschluss erst einmal gefasst, ist davon auszugehen, dass dieser nahezu unverändert Eingang in die jeweiligen Verordnungen findet. Dies kann man leicht nachvollziehen, wenn man die jeweiligen Beschlüsse mit den unmittelbar darauffolgenden Verordnungen vergleicht.

Auch Diskussionen in den jeweiligen Länderparlamenten haben hieran nichts geändert, da die Ministerpräsidenten über eine Mehrheit in ihrem Landesparlament verfügen und die Fraktionsdisziplin diese sichert. Zudem werden die Verordnungen nach wie vor entweder von den Landesgesundheitsministerien oder den jeweiligen Länderkabinetten erlassen.

Das Erfordernis der strikten Trennung von Bund und Ländern bei ihren Aufgaben ist auch an den Art. 91a ff. GG erkennbar. Staatliche Gemeinschaftsaufgaben sollen auf eng umgrenzte Ausnahmebereiche beschränkt bleiben. Ein solches Kondominium soll es grundsätzlich nicht geben. Die jeweiligen Aufgaben, welche Bund und Ländern durch die Verfassung zugewiesen sind, unterliegen grundsätzlich selbständiger und eigenverantwortlicher Erfüllung (BVerfGE 63, 1 (41) = NVwZ 1983, 537 (541); BVerfGE 119, 331 (364) = NVwZ 2008, 183 Rn. 152). Kompetenzverschiebungen zwischen Bund und Ländern sind selbst mit deren Zustimmung nicht zulässig (BVerfGE 63, 1 (39) = NVwZ 1983, 537 (541); BVerfGE 119, 331 (364) = NVwZ 2008, 183 Rn. 152; vgl.

BeckOK GG/Suerbaum, 44. Ed. 15.8.2020, GG Art. 91a Rn. 1). Wenn aber bereits die Erfüllung der Aufgaben zu trennen ist, dann erst recht die Gesetzgebung.

2. Formelle Verfassungswidrigkeit: Verstoß gegen Art. 80 GG, den Parlamentsvorbehalt und den Wesentlichkeitsgrundsatz

Es liegt bereits eine formelle Verfassungswidrigkeit wegen des Verstoßes gegen Art. 80 GG, den Parlamentsvorbehalt und den Wesentlichkeitsgrundsatz vor. Auf die obigen Ausführungen unter Teil C.III.1 wird vollumfassend Bezug genommen.

Ein solcher Verstoß muss hier erst recht angenommen werden. Denn die Vorschriften der §§ 28-32 IfSG sind noch deutlich unbestimmter, als die §§ 5, 5a IfSG. Darüber hinaus ist in Rechnung zu stellen, dass die Distanz zum originär nach dem Grundgesetz berufenen Normgeber noch erheblich größer ist, als im Falle des Bundesgesundheitsministeriums oder eines sonstigen Bundesministeriums. Denn die Landesgesetze, und erst recht die Landesverordnungen, stehen noch deutlich tiefer in der verfassungsrechtlichen Normenhierarchie (vgl. Art. 31 GG).

Diese Ausführungen gelten jedenfalls für die Rechtslage bis zum 18. November 2020, d.h. bis zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes durch das sogenannte dritte Bevölkerungsschutzgesetz.

Auch der neu eingefügte § 28a IfSG verhilft den Länderverordnungen nicht zur Verfassungsgemäßheit. Dies gilt ohne Frage für diejenigen Verordnungen, die noch zur Rechtslage vor dem 18. November 2020 erlassen worden sind, sich demnach auf die alte Fassung des Infektionsschutzgesetzes (auch ausdrücklich) stützen. Denn eine einmal nichtige Norm erlangt keine Existenz durch die nachträgliche Schaffung einer (als solcher erhofften ausreichenden) Legitimationsgrundlage. Zudem zitieren die Länderverordnungen zum Zeitpunkt ihres Erlasses ausdrücklich die Ermächtigungsnormen des Infektionsschutzgesetzes in ihrer alten Fassung. Der Wille des Normgesetzgebers stützt sich daher ausdrücklich nur auf die alte Rechtslage.

Aber auch für die Verordnungen der Länder, welche demnächst mit Sicherheit erlassen werden und sich auf die §§ 28-32 IfSG stützen werden, werden formell verfassungswidrig sein. Denn auch § 28a IfSG genügt nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen, auch nicht im Zusammenspiel mit den übrigen Normen. Der Gesundheitsausschuss des Bundestages hat hierzu mehrere Stellungnahmen von Verfassungsrechtlern eingeholt, welche in der öffentlichen Anhörung zum 12. November 2020[57] zu dem Ergebnis gekommen sind, dass nach wie vor eine Verfassungswidrigkeit vorliegt. Auszugsweise sollen die Stellungnahmen hier zitiert werden; ich mache sie zum Gegenstand meines Vortrages:

---

[57] https://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen/803668-803668 (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

a) Stellungnahme von Dr. Andrea Kießling vom 10. November 2020[58]

Dr. Andrea Kießling ist Herausgeberin des Kommentars zum Infektionsschutzgesetz im Beck-Verlag[59] und eine im Infektionsschutzrecht besonders ausgewiesene Expertin, weshalb ihre Stellungnahme hier als erstes zitiert werden soll.

„A. Zusammenfassung

- Der geplante § 28a IfSG genügt den Vorgaben von Parlamentsvorbehalt und Bestimmtheitsgrundsatz nicht. Die Vorschrift lässt keinerlei Abwägung der grundrechtlich betroffenen Interessen erkennen, sondern will offenbar einseitig das bisherige Vorgehen während der Corona-Epidemie legitimieren. In dieser Form werden die Gerichte die Vorschrift höchstwahrscheinlich nicht als Rechtsgrundlage für die Corona-Schutzmaßnahmen akzeptieren.
- Der Gesetzentwurf enthält weitere handwerkliche Fehler, so verkennt § 28a Abs. 2 IfSG die Zuständigkeiten im Infektionsschutzgesetz.
- Die Verordnungsermächtigungen des § 36 IfSG sollten in den 5. Abschnitt des IfSG überführt werden.
- Notwendig ist eine umfassende Reform der Rechtgrundlagen für Schutzmaßnahmen, die während einer Epidemie gegenüber der Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppen angeordnet werden dürfen. Sollte an dem geplanten § 28a IfSG festgehalten werden, sollte dessen Geltung kurz befristet werden, damit die notwendige Reform noch während der Corona-Epidemie umgesetzt werden kann.

B. Vorbemerkung

Durch die Corona-Schutzmaßnahmen der letzten acht Monate wurde und wird die Bevölkerung massiv in ihren Grundrechten eingeschränkt. Betroffen sind Art. 11 Abs. 1, Art. 8 Abs. 1, Art. 4 Abs. 1, 2, Art. 12 Abs. 1, Art. 6 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 iVm 1 Abs. 1 GG und auch Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG selbst, wenn solche Einschränkungen negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Solche intensiven Grundrechtseingriffe können nicht dauerhaft auf eine Generalklausel wie § 28 Abs. 1 IfSG gestützt werden. Wesentlichkeitstheorie bzw. Parlamentsvorbehalt verpflichten den Gesetzgeber, „wesentliche, für die Grundrechtsverwirklichung maßgebliche Regelungen selbst zu treffen und nicht anderen Normgebern oder der Exekutive zu überlassen“[1]. Auch der Bestimmtheitsgrundsatz verlangt, dass eine Norm so formuliert ist, dass das Verhalten der Behörden nach Inhalt, Zweck und Ausmaß begrenzt wird und die Gerichte an diesem Maßstab das

[58] https://www.bundestag.de/resource/blob/805488/949a9f10230bb6b7a445ea5d2cdad74c/19_14_0246-7-_ESV-Kiessling-3-BevSchG-data.pdf (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[59] https://www.beck-shop.de/infektionsschutzgesetz-ifsg/product/31229588 (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

behördliche Vorgehen kontrollieren können[2]. Diese Anforderungen sind umso strenger, je intensiver die Grundrechtseingriffe sind, die die Vorschrift ermöglichen soll[3]. Die Bedeutung von Parlamentsvorbehalt und Bestimmtheitsgrundsatz kann wie folgt konkretisiert werden:

– Der Gesetzgeber muss das Ziel bestimmen, damit die Behörden ihre Maßnahmen daran ausrichten und die Verwaltungsgerichte die Maßnahmen anhand dieses Ziels überprüfen können.
– Der Gesetzgeber muss die verfassungsrechtlichen Grenzen für die Exekutive aufzeigen: Für die Behörden muss klar sein, welche Maßnahmen sie nicht ergreifen dürfen, weil sonst Grundrechte verletzt würden. Maßnahmen, die besonders intensive Grundrechtseingriffe darstellen, müssen von strengeren Voraussetzungen abhängig gemacht werden als weniger intensive Grundrechtseingriffe.
– Durch die Regelung konkreter Voraussetzungen und die nähere Beschreibung möglicher Maßnahmen entsteht für die Bevölkerung Rechtssicherheit: Es wird besser vorhersehbar, welche Maßnahmen in welcher Situation zulässig sind. Notwendig ist somit eine Reform der §§ 28ff. IfSG, die diesen Grundsätzen Rechnung trägt, wie dies auch die Anträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 19/23980), der FDP-Fraktion (BT-Drs. 19/23689) und der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 19/23942) fordern.

[1] BVerfGE 34, 165 (192f.); 40, 237 (248f.); 41, 251 (260); 45, 400 (417f.); 47, 46 (78f.); 61, 260 (275); 83, 130 (142); 98, 218 (251); 105, 279 (305); 108, 282 (311); 116, 24 (58); 128, 282 (317); 134, 141 (184); 141, 143 (170); 147, 253 (309f.).

[2] BVerfGE 113, 348 (375f.); 149, 293 (323f.).

[3] BVerfGE 75, 329 (342); 83, 130 (145); 86, 288 (311); 93, 213 (238); 109, 133 (159); 128, 282 (318); 134, 33 (81); 149, 293(323f.).

C. Bewertung des § 28a

I. Parlamentsvorbehalt/Bestimmtheitsgebot

Im Gefahrenabwehrrecht – zu dem das IfSG gehört – ist es üblich, dass die Eingriffsbefugnisse der Behörden detailliert in einzelnen Vorschriften (Standardermächtigungen) geregelt sind, die sowohl die tatbestandlichen Voraussetzungen festlegen als auch auf Rechtsfolgenseite die jeweiligen Maß- nahmen genau beschreiben, um der Bedeutung von Parlamentsvorbehalt und Bestimmtheitsgebot Rechnung zu tragen.

Anstatt auch im IfSG Standardermächtigungen zu schaffen, sollen nun in einem neuen § 28a „nicht abschließende Regelbeispiele etwaiger Schutzmaßnahmen“ (BT-Drs. 19/23944, S. 2, 19) benannt werden. Diese Regelungstechnik genügt nicht den Vorgaben, die sich aus Parlamentsvorbehalt und Bestimmtheitsgebot ergeben. Deren Bedeutung erschöpft sich nicht darin, dass das Parlament die ihm bekannten Schutzmaßnahmen beispielhaft aufführt und dadurch deren allgemeine Zulässigkeit zur

Epidemiebekämpfung „bescheinigt“. Gefordert ist vielmehr eine gründliche Abwägung: Die Schwere der jeweiligen Grundrechtseingriffe darf nicht außer Verhältnis zum konkret verfolgten Zweck stehen. Das Ergebnis dieser Abwägung muss sich in einer differenzierten Regelung niederschlagen. Eine solche Abwägung lässt § 28a nicht im Ansatz erkennen. Ungünstig ist bereits die Tatsache, dass § 28a das Ziel der Epidemiebekämpfung nicht gegenüber den allgemeinen Vorgaben des § 1 und des § 28 Abs. 1 konkretisiert, obwohl § 28a ausdrücklich nur auf die aktuelle Corona-Epidemie zugeschnitten ist und deswegen von vornherein nicht auf die Besonderheiten anderer denkbarer Krankheitserreger Rücksicht nehmen muss.

1. Einschränkende Voraussetzungen im Vergleich zu § 28

Als einzige zusätzliche Voraussetzung für die Anordnung von Schutzmaßnahmen im Vergleich zur jetzigen Rechtslage sieht § 28 Abs. 1 vor, dass der Bundestag gem. § 5 Abs. 1 S. 1 die epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat. § 5 Abs. 1 IfSG regelt allerdings nach wie vor keine materiellen Voraussetzungen für diese Feststellung, so dass diese Verknüpfung nicht zur Vorhersehbarkeit der Maßnahmen beiträgt. Die einzelnen Maßnahmen, die im Katalog des § 28 Abs. 1 S. 1 aufgezählt werden, sind nicht von weiteren, individuell zugeschnittenen Voraussetzungen abhängig. D.h. vergleichsweise milde Grundrechtseingriffe wie die Mundschutztragepflicht für die Dauer des Supermarktbesuchs werden von den gleichen Voraussetzungen abhängig gemacht wie Versammlungsverbote und das langfristige Schließen von Bildungseinrichtungen.

In der Konsequenz bedeutet das, dass weiterhin die Exekutive die erforderlichen Abwägungen vornehmen muss. Es ist aber die Aufgabe des Gesetzgebers, darüber zu entscheiden, in welchen Situationen welche Maßnahmen überhaupt in Erwägung gezogen werden dürfen. Die Abstufung in Abs. 2, der von „schwerwiegenden“, „stark einschränkenden“ und „einfachen“ Schutzmaßnahmen spricht, die je nach den bekannten Schwellenwerten von 35 oder 50 Infektionsfällen pro 100.000 Einwohner in sieben Tagen zur Anwendung kommen sollen, scheint auf den ersten Blick eine Abwägung vorzugeben. Wenn aber § 28a an keiner Stelle regelt, was „schwerwiegende“, „stark einschränkende“ und „einfache“ Schutzmaßnahmen sind, bleibt diese Abstufung zu unbestimmt und letztlich unbrauchbar. Auch der Katalog des Abs. 1 S. 1 ist nicht in einer Weise gegliedert, die Hinweise auf die jeweilige Grundrechtsintensität der Maßnahmen bzw. eine entsprechende Hierarchie geben würde. Der Abwägungsausfall wird auch in der Begründung des Gesetzentwurfs deutlich sichtbar: Die Begründung erschöpft sich darin, die Wirksamkeit der genannten Maßnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus darzulegen, ohne auf die Auswirkungen dieser Maßnahmen auf die Betroffenen einzugehen. Dadurch entsteht der Eindruck, diese Maßnahmen könnten allein deswegen von den Behörden ergriffen werden, weil sie Kontakte reduzieren und wirksam zur Epidemiebekämpfung sind, ohne dass weitere Aspekte berücksichtigt werden müssten. § 28a Abs. 1 S. 2 („Die Anordnung der Schutzmaßnahmen muss ihrerseits verhältnismäßig sein.“) statuiert etwas Selbstverständliches: Behördliche Maßnahmen müssen immer verhältnismäßig sein, auch wenn dies im Gesetz nicht ausdrücklich erwähnt wird. Der Parlamentsvorbehalt verlangt, dass der Gesetzgeber die Verhältnismäßigkeitserwägungen nicht vollständig in die Hände der Exekutive legt. Er muss vielmehr die groben Abwägungen selbst vornehmen und durch die Regelung unterschiedlicher Voraussetzungen für unterschiedlich schwere Grundrechtseingriffe im

Gesetz vorgeben, so dass für die Exekutive nur noch die Feinjustierung im Einzelfall verbleibt. Was abgesehen von genaueren Voraussetzungen der einzelnen Maßnahmen im Entwurf fehlt, sind Einschränkungen in zeitlicher Hinsicht, die Angabe eines konkreten Ziels und eine Begründungspflicht auch für Rechtsverordnungen (eine solche könnte auch in § 32 geregelt werden):

– Da der Zweck der Maßnahmen in § 28a nicht näher konkretisiert wird, wird die Prüfung durch die Verwaltungsgerichte erschwert. Das Ziel, dass der Gesetzgeber anstrebt, wird zum Teil innerhalb der Begründung des Entwurfs deutlich: „die Rückverfolgbarkeit von Infektionsketten zu ermöglichen und eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern“ (S. 30). Dieses Ziel sollte ins Gesetz aufgenommen werden. Hier empfiehlt sich eine Abstufung: Die Ermöglichung der Rückverfolgbarkeit von Infektionsketten ermächtigt bereits in einem frühen Stadium der Epidemie zu leichten bis mittelschweren Grundrechtseingriffen; droht absehbar eine Überlastung des Gesundheitssystems, sind auch schwerwiegende Grundrechtseingriffe zu rechtfertigen.
– Schwere Grundrechtseingriffe wie die Corona-Schutzmaßnahmen sollten befristet werden, damit die Behörden vor einer Verlängerung prüfen müssen, ob tatsächlich weiterhin alle bisher ergriffenen Schutzmaßnahmen erforderlich sind. Es empfiehlt sich, eine Frist von höchstens vier Wochen anzusetzen.
– Sowohl für die BürgerInnen als auch für die Verwaltungsgerichte ist eine Begründung der angeordneten Schutzmaßnahmen notwendig. Eine Begründung im Rahmen von Presseerklärungen ist nicht ausreichend. Deswegen empfiehlt es sich, in § 28a eine Begründungspflicht zu verankern, die auch für die Rechtsverordnungen nach § 32 gilt.

2. Bestimmtheit

Darüber hinaus ist der Regelbeispielkatalog für sich genommen an einigen Stellen zu unbestimmt, weil nicht klar wird, welche Maßnahmen gemeint sind. Dies zeigt sich besonders deutlich bei folgenden in § 28 Abs. 1 S. 1 aufgeführten Maßnahmen:

– Ausgangs- oder Kontaktbeschränkungen im privaten sowie im öffentlichen Raum (Nr. 1): Was sollen Ausgangsbeschränkungen im öffentlichen Raum sein? Dies wird auch durch die Begründung des Gesetzentwurfs nicht deutlich. Sollen davon sogar Ausgangssperren erfasst sein?
– Gemeinschaftseinrichtungen gem. § 33 und „ähnliche Einrichtungen“ (Nr. 7): Was sind „ähnliche Einrichtungen“? Dies erläutert auch die Begründung des Gesetzentwurfs nicht. Auch die dort genannte Umschreibung, dass in solchen Einrichtungen „viele Personen in engen räumlichen Verhältnissen“ zusammentreffen, ist nicht hilfreich, da diese Voraussetzungen z.B. auch in Flüchtlingsunterkünften vorliegen, diese aber schon deswegen nicht geschlossen werden können, weil die betroffenen Menschen dort wohnen.

- „Untersagung oder Beschränkung von Freizeit-, Kultur- und ähnlichen Veranstaltungen“ (Nr. 5) im Vergleich zu „Untersagung oder Erteilung von Auflagen für das Abhalten von Veranstaltungen“ (Nr. 10): Was ist der Unterschied zwischen Nr. 5 und Nr. 10? Die Begründung des Entwurfs schweigt hierzu.
- „Untersagung sowie dies zwingend erforderlich ist oder Erteilung von Auflagen für das Abhalten von Versammlungen oder religiösen Zusammenkünften“ (Nr. 11): Ist damit „Erteilung von Auflagen für das Abhalten von Versammlungen oder religiösen Zusammenkünften oder eine Untersagung dieser Zusammenkünfte, soweit diese zwingend erforderlich ist“ gemeint?
- Kontaktdatenerfassungspflicht (Nr. 14): Welche Kontaktdaten dürfen dies sein? An wen dürfen/müssen diese Daten herausgegeben werden? Müssen diese Daten nicht gelöscht werden? Noch nicht einmal die Begründung des Entwurfs enthält hierzu Erläuterungen. Dies genügt den datenschutzrechtlichen Erfordernissen nicht ansatzweise. In diesem Zusammenhang ist auf die Entscheidung des saarländischen Verfassungsgerichtshof vom 28.8.2020 zu verweisen: Der Gerichtshof fordert für die Kontaktdatenerfassungspflicht eine Rechtsgrundlage, „die die zu erhebenden personenbezogenen Daten als solche, den Anlass und den spezifischen Zweck der Erhebung, die Art und Dauer der Aufbewahrung sowie ihre Löschung normenklar und bestimmt regelt“[4].
- Was sind „Reisebeschränkungen“ (Nr. 15)? Wie weit dürfen die Behörden gehen? ▪ Allgemein: Was fällt unter „Beschränkungen“? Lediglich zu Nr. 9 führt die Begründung des Gesetzentwurfs mögliche Beschränkungen auf (Hygienekonzept, Abstandsgebote, Beschränkung der Kundenzahl), ohne dass erläutert wird, inwiefern es sich hierbei um verallgemeinerbare Beschränkungen handelt.
- Verwendung des Begriffs „Auflage“ (Nr. 7, 9, 11): Ist das etwas anderes als eine „Beschränkung“? Wie verhält sich der Begriff „Auflage“ zu dem des § 36 VwVfG? Obwohl dieser Regelbeispielkatalog sehr umfassend wirkt, stellt sich die Frage, ob er tatsächlich alle ggf. notwendigen Maßnahmen erfasst: So scheinen Besuchsverbote für Pflegeheime, Krankenhäuser etc. nicht erfasst zu sein.

[4] Az. Lv 15/20, S. 27f.

II. Die Steuerungswirkung des Abs. 2

1. Zuständigkeiten

Abs. 2 zeugt an mehreren Stellen von einem falschen Verständnis der Zuständigkeiten. § 28 – der durch den Verweis in § 28a Abs. 1 S. 1 maßgeblich für § 28a ist – adressiert die Behörden auf Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte. Der im 5. Abschnitt des IfSG geregelte Normalfall besteht also darin, dass auf dieser Ebene auf der Grundlage der §§ 28-31 gehandelt wird. Die Landesregierungen werden erst zuständig, wenn sie aufgrund des § 32 (der auf die §§ 28-31 verweist) tätig werden. Das bedeutet für § 28a Abs. 2 folgendes:

S. 1 ist überflüssig, da die dort genannten „Landkreise, Bezirke oder kreisfreien Städte“ als „zuständige Behörden“ gem. § 28 Abs. 1 zuständig sind. Soweit besondere Vorgaben gemacht werden sollen für den Fall,

dass das „Infektionsgeschehen innerhalb eines Landes“ „regional übergreifend oder gleichgelagert“ ist, ist die richtige Vorschrift für die Verankerung dieser Vorgaben § 32 und nicht § 28a.

Aus dem gleichen Grund ist auch S. 7 in Abs. 2 falsch verortet: Eine solche Pflicht (wenn mit „sind anzustreben“ überhaupt eine Pflicht geregelt werden soll), landesweit einheitliche schwerwiegende Maßnahmen anzustreben, gehört nicht in § 28a, sondern in § 32.

Rechtlich ins Nichts führt S. 6, der bundesweit einheitliche Maßnahmen vorschreiben will (bzw. auch hier ist von „anzustreben“ die Rede). Bundesweit einheitliche Maßnahmen können allein dadurch erreicht werden, dass eine Verordnungsermächtigung für den Bund – in einer eigenen Vorschrift – geregelt wird. Die Länder – und schon gar nicht die Landkreise und freien Städte, die von § 28a iVm § 28 adressiert werden – können nicht verpflichtet werden, sich auf bundesweit einheitliche Maßnahmen abzustimmen.

2. Bestimmtheit

Davon abgesehen ist Abs. 2 in vielen Punkten unbestimmt formuliert. So ist von „sollen“ und „anzustreben“ die Rede, was immer miteinschließt, dass diese Ziele folgenlos nicht erreicht werden. Es wird sehr häufig der Begriff „insbesondere“ verwendet, der den Behörden maximale Flexibilität belässt, da stets auch etwas anderes in Betracht kommt. Dies wirkt bei S. 4 absurd, wenn es heißt: „Unterhalb eines Schwellenwertes von 35 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen kommen insbesondere einfache Schutzmaßnahmen in Betracht.“, da die „einfachen Schutzmaßnahmen“ bereits auf der niedrigsten Stufe stehen. Auch die Begründung des Entwurfs geht hier nicht von noch milderen Maßnahmen, aber auch nicht von der Zulässigkeit stark einschränkender Maßnahmen aus.

III. Die Bedeutung des Abs. 3

Rechtlich erlangt Abs. 3 keine eigenständige Bedeutung. Bislang hat niemand in Rechtsprechung und Schrifttum angezweifelt, dass die Behörden Schutzmaßnahmen einzeln oder kumulativ anordnen dürfen. Die vermeintliche Einschränkung „soweit und solange es zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 erforderlich ist“ ergibt sich bereits aus § 28 Abs. 1 S. 1. Die Aufnahme des Abs. 3 wirkt wie eine Legitimation langandauernder, intensiver Einschränkungen. Dazu passt, dass die Begründung auf S. 31 darauf „hinweist“, dass Maßnahmen „bis hin zu einem vollständigen Herunterfahren des öffentlichen Lebens und zu weitreichenden Einschränkungen des Privatlebens angeordnet werden können. Damit wird klargestellt, dass nicht nur einzelne, begrenzte Maßnahmen, sondern auch weitreichende und langandauernde Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom Willen des Gesetzgebers getragen sind.“ Abs. 3 soll wohl der Anordnung von „Lockdowns“ die Zulässigkeit bescheinigen. Auch wenn Lockdowns verfassungsrechtlich nicht unzulässig sind, zeigt die Existenz des § 28a Abs. 3 mitsamt seiner Begründung wieder den Abwägungsausfall innerhalb des Entwurfs: Weitreichende Maßnahmen werden pauschal legitimiert, ohne dass gleichzeitig einschränkende Voraussetzungen geregelt würden.

IV. Zitiergebot

Art. 7 des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (Zitiergebot) muss als eigenständiger Absatz in § 28a aufgenommen werden.

[…]“

Die Sachverständige Dr. Kießling hat ihrer Stellungnahme einen umfassenden Gesetzesentwurf beigefügt, der aus ihrer Sicht die aufgezeigten Mängel hätte beheben können.

b) Stellungnahme von Prof. Dr. Anika Klafki vom 10. November 2020[60]

„[…]

I. Anpassung des § 28 IfSG und Einführung eines § 28a IfSG (Art. 1 Nr. 16, 17)

Der § 28a E-IfSG dient dazu, die andauernden erheblichen Grundrechtseingriffe im Zuge der Corona-Pandemie auf eine hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage zu stellen. Ausdrücklich heißt es dazu im Gesetzesentwurf, dass „eine gesetzliche Präzisierung im Hinblick auf Dauer, Reichweite und Intensität möglicher Maßnahmen“ geschaffen werden soll (BT-Drs. 19/23944, S. 2). Das Regelungsmotiv ist sehr zu begrüßen. Leider bleibt der Gesetzesentwurf weit hinter dieser ambitionierten Zielvorgabe zurück (1.). Von einem Beschluss der Regelung in seiner derzeitigen Fassung wird abgeraten. Stattdessen bedarf es einer sorgsameren und ausführlicheren Regelung der infektionsschutzrechtlichen Bekämpfungsmaßnahmen (2.).

1. Ausführliche Analyse des Regelungsvorschlages

Die Zusammenstellung der in § 28a Abs. 1 S. 1 E-IfSG aufgelisteten Maßnahmen ist in dieser Form nicht geeignet, die Anforderungen des Bestimmtheitsgrundsatzes in Bezug auf eingriffsintensive Bekämpfungsmaßnahmen zu wahren (a). Das Verhältnis zwischen § 28 Abs. 1 S. 1 E-IfSG zu § 28a E-IfSG ist unklar, was zu Vollzugsproblemen in der Praxis führen kann (b). Weiterhin fehlt eine Definition der in § 28a Abs. 2 S. 2-5 E-IfSG verwendeten Begrifflichkeiten „schwerwiegende Schutzmaßnahmen“, „stark einschränkende Schutzmaßnahmen“ und „einfache Schutzmaßnahmen“ (c). Ferner stehen die in § 28a Abs. 2 S. 1, S. 6-8 IfSG getroffenen Regelungen in Konflikt mit der Vollzugshoheit der Länder (d). Schließlich dürfte die pauschale Ermächtigung zur dauerhaften und kumulativen Anordnung insbesondere eingriffsintensiver Maßnahmen nach § 28a Abs. 3 IfSG unverhältnismäßig sein (e).

---

[60] https://www.bundestag.de/resource/blob/805568/07051b199add717e04d7cca843c3de48/19_14_0246-9-_ESV-prof-Dr-Klafki-3-BevSchG-data.pdf (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

a) Mängel des Maßnahmenkatalogs in § 28a Abs. 1 S. 1 E-IfSG

In § 28a Abs. 1 S. 1 E-IfSG werden zunächst zahlreiche, in ihrer Eingriffsintensität höchst unterschiedliche Maßnahmen, schlagwortartig aufgelistet. Durch die Einleitung des Kataloges mit „insbesondere“ wird klargestellt, dass die Auflistung nicht abschließend ist. Vielmehr sind die genannten Maßnahmen als bloße Regelbeispiele zu verstehen. Gerade bei eingriffsintensiven Maßnahmen ist eine derartige Normierungsweise schon von vornherein ungeeignet, den aus der Wesentlichkeitstheorie und für Rechtsverordnungen unmittelbar aus Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG folgenden Bestimmtheitsgrundsatz zu wahren. Die Reihenfolge der genannten Maßnahmen scheint zudem willkürlich gewählt zu sein – weder orientiert sie sich an der Eingriffsintensität der Maßnahmen noch an den betroffenen Grundrechten. Eine nähere Definition der aufgelisteten Maßnahmen fehlt. Insbesondere stark freiheitsbeeinträchtigende Maßnahmen wie etwa die „Ausgangsbeschränkung“ oder die „Reisebeschränkung“ werden nicht näher ausgestaltet und auch nicht durch spezielle Tatbestandsvoraussetzungen oder einschränkende Maßgaben auf Rechtsfolgenebene begrenzt. Explizit sind Ausgangsbeschränkungen „im privaten Raum“ gestattet. Bei unbefangener Lesart könnte man daher meinen, der Gesetzgeber wolle die zuständigen Behörden ermächtigen, den Gang in den eigenen Garten zu verbieten. Unklar bleibt auch, ob und welche Ausnahmen bei infektionsschutzrechtlichen Ausgangsbeschränkungen zwingend erforderlich sind. Nachderzeitigem Gesetzeswortlaut wäre auch eine absolute Ausgangssperre – die eine den Richtervorbehalt nach Art. 104 Abs. 2 GG auslösende Freiheitsentziehung darstellen würde – möglich.[1] Wichtig wäre, klarzustellen, dass Aufenthalte im Freien, von denen keine infektionsschutzrechtlichen Gefahren ausgehen, wie auch die Befriedigung von Grundbedürfnissen auch im Rahmen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite erlaubt bleiben müssen. Auch der Begriff der „Reise“ bedarf einer Legaldefinition. Aus der Entwurfsbegründung (BT-Drs. 19/23944, S. 30) geht hervor, dass insbesondere auch Inlandsreisen und beruflich veranlasste Reisen erfasst sein sollen. Doch was ist eine Inlandsreise? Ein Ortswechsel von mehr als 100 km oder jede Fahrt mit einem motorisierten Verkehrsmittel? Soll die tägliche Fahrt zur Arbeitsstätte hierunter fallen? Der Gesetzesentwurf gibt hierzu keine Auskunft, was zu einer uneinheitlichen Rechtsanwendung in den Ländern führen wird, die Akzeptanzprobleme hervorrufen und viele Gerichtsverfahren nach sich ziehen kann. Schließlich müssen auch Maßnahmen wie Versammlungs- oder Gottesdienstverbote nach § 28a Abs. 1 S. 1 Nr. 11 E-IfSG sowohl auf Tatbestandsseite wie auch auf Rechtsfolgenebene klarer normiert werden.[2] Der Gesetzgeber muss selbst regeln, unter welchen Umständen solche Freiheitsbeschränkungen „zwingend erforderlich“ sind.[3] Einige Regeln sind zudem lückenhaft, missverständlich oder orthografisch fehlerhaft formuliert. In § 28a Abs. 1 S. 1 Nr. 11 E-IfSG heißt es etwa: „Untersagung sowie dies zwingend erforderlich ist“. Gemeint ist wohl „Untersagung soweit dies zwingend erforderlich ist“. In § 28a Abs. 1 S. 1 Nr. 12 E-IfSG wird sodann das „Verbot der Alkoholabgabe oder des Alkoholkonsums auf bestimmten öffentlichen Plätzen oder zu bestimmten Zeiten“ genannt. Unklar ist, ob Alkoholverbote örtlich und zeitlich begrenzt sein müssen oder ob auch zeitliche oder örtliche Begrenzungen ausreichen. Auch wären hier – in Anbetracht der kritischen Rechtsprechung zu dieser Maßnahme – nähere Tatbestandsvoraussetzungen wünschenswert.[4] Bemerkenswert ist insoweit, dass für andere, weit eingriffsintensivere Maßnahmen (wie etwa

Ausgangsbeschränkungen nach § 28a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 E-IfSG) keine zeitliche Beschränkung vorgeschrieben wird, obwohl das aus Verhältnismäßigkeitsgründen dringend angezeigt ist. Schließlich erlaubt § 28a Abs. 1 S. 1 Nr. 14 die „Anordnung der Verarbeitung" von Kontaktdaten, ermächtigt aber nicht zur Erhebung, Speicherung und Weitergabe der Daten, so dass die Regelung untauglich ist, den Regelungsadressaten eine datenschutzrechtskonforme Handhabung zu ermöglichen.

[1] Zur Verfassungswidrigkeit landesweiter Ausgangsverbote Schmitt, NJW 2020, 1626 ff.

[2] Krit. zu absoluten Versammlungsverboten Völzmann, DÖV 2020, 893, 895 ff.

[3] Martini/Thiessen/Ganter, NJOZ 2020, 929, 935.

[4] Siehe etwa die aufhebenden Entscheidungen des VG Düsseldorf v. 25.05.2020, Az: 7 L 903/20; VG Bayreuth v. 06.08.2020, Az.: B 7 20.682; VGH Bayern v. 01.09.2020, Az.: 20 CS 20.1962; OVG Lüneburg v. 29.10.2020, Az.: 13 MN 393/20.

Zudem fehlt in der Auflistung des § 28a Abs. 1 S. 1 E-IfSG die häusliche Quarantäne für Einreisende aus Risikogebieten. Insoweit ist von mehreren Gerichten in Zweifel gezogen worden, ob eine Reise in ein Risikogebiet bereits einen Ansteckungsverdacht i.S.d. § 30 IfSG begründet.[5] Eine eigenständige Regelung der häuslichen Quarantäne für Reiserückkehrer aus Risikogebieten ist daher zweckmäßig.

b) Unklares Verhältnis von § 28a E-IfSG zu § 28 IfSG

Das Verhältnis zwischen § 28a E-IfSG und § 28 IfSG ist im derzeitigen Entwurf nicht klar geregelt. Die in § 28a Abs. 1 S. 1 E-IfSG aufgelisteten Maßnahmen sollen „im Rahmen der Bekämpfung des Coronavirus SARS-CoV-2 für die Dauer der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 Satz 1 durch den Deutschen Bundestag neben den in § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten" notwendigen Schutzmaßnahmen zulässig sein. Daraus könnte man schlussfolgern, dass die in § 28a Abs. 1 S. 1 E-IfSG aufgelisteten Maßnahmen außerhalb einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht zulässig sind. Dagegen spricht aber bereits, dass § 28a Abs. 1 S. 1 E-IfSG keinen abschließenden Maßnahmenkatalog beinhaltet, sondern nur Regelbeispiele benennt. Zudem widerspricht der Annahme einer Sperrwirkung des § 28a Abs. 1 S. 1 E-IfSG die in Art. 1 Nr. 16 vorgesehene Ergänzung des § 28 Abs. 1 S. 1 IfSG, wonach es in Zukunft heißen soll: „Werden Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider festgestellt oder ergibt sich, dass ein Verstorbener krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider war, so trifft die zuständige Behörde die notwendigen Schutzmaßnahmen, insbesondere die in den §§ 28a Abs. 1, 29 bis 31 genannten, soweit und solange es zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten erforderlich ist; […]". Diese Gesetzesänderung erweckt den Eindruck, dass die in § 28a Abs. 1 E-IfSG genannten Maßnahmen als notwendige Schutzmaßnahmen allgemein zur Infektionsbekämpfung zulässig sein sollen. Bei weniger grundrechtsbeeinträchtigenden Maßnahmen – wie etwa der Maskenpflicht nach § 28a Abs. 1 S. 1 Nr.

3 E-IfSG – ist das sinnvoll. Auch ist nicht einzusehen, warum örtliche kurzfristige (Teil-)Schließungen von Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen bei lokalen Ausbrüchen von gefährlichen Infektionskrankheiten (z.B. Masern), die bislang nach § 34 Abs. 9 IfSG unter den dort normierten Voraussetzungen zulässig sind, gem. § 28a Abs. 1 Nr. 7 E-IfSG nun nur noch im Rahmen der Bekämpfung des Coronavirus während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite zulässig sein sollen. Ob hingegen eingriffsintensive, kollektiv geltende Maßnahmen, wie etwa allgemein geltende Ausgangs- oder Kontaktbeschränkungen im privaten sowie im öffentlichen Raum nach § 28a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 E-IfSG nun auf Grundlage § 28 Abs. 1 S. 1 IfSG mit allgemeiner Geltung eingeführt werden sollten, ist hingegen höchst zweifelhaft und wohl auch vom Gesetzesentwurf nicht intendiert.

[5] Siehe statt vieler OVG NRW v. 05.06.2020, Az: 13 B 776/20.NE; VG Schleswig-Holstein v. 15.05.2020, Az.: 1 B 85/20; VG Berlin v. 10.06.2020, Az.: 14 L 150/20.

Angesichts dieser Widersprüche zwischen § 28 Abs. 1 S. 1 und § 28a Abs. 1 S. 1 E-IfSG bedarf es einer sorgsameren Auseinandersetzung mit der Frage, welche Maßnahmen nur als Spezialbefugnisse im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite zulässig sind und welche Maßnahmen –nach den jetzigen Erfahrungen – allgemein in den Abschnitt zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten aufgenommen werden sollen. Generell ist der Verweis in § 28 Abs. 1 S. 1 IfSG auf die in §§ 29-31 IfSG geregelten infektionsschutzrechtlichen Standardmaßnahmen überflüssig, führt zu Abgrenzungsproblemen und sollte gestrichen werden. Auch in anderen gefahrenabwehrrechtlichen Generalklauseln (etwa im Polizeirecht) wird nicht gesondert auf spezialgesetzliche Standardmaßnahmen verwiesen, so dass nicht nachzuvollziehen ist, warum sich das IfSG einer anderen Regelungstechnik bedient.

c) Unbestimmtheit des § 28a Abs. 2 S. 2-5 E-IfSG

In § 28a Abs. 2 S. 2-5 E-IfSG wird der Versuch unternommen, die Anforderungen des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes durch die Unterscheidung zwischen „schwerwiegenden“, „stark einschränkenden“ und „einfachen“ Schutzmaßnahmengesetzlich zu präzisieren. Allerdings findet sich keinerlei Definition der unterschiedlichen Kategorien im Gesetzesentwurf. Unklar ist etwa, ob Reisebeschränkungen nach Vorstellung des Gesetzgebers schon „schwerwiegende“ oder nur „stark einschränkende“ Schutzmaßnahmen darstellen. Selbst wenn man die Kategorien klar definieren würde, litte die Vorschrift unter weiteren Bestimmtheitsmängeln. So soll die Eingriffsintensität an 7-Tages-Inzidenz-Schwellenwertenausgerichtet werden. Anstatt die Anordnung zumindest von schwerwiegenden oder stark einschränkenden Maßnahmen jedoch tatbestandlich strikt von der Überschreitung bestimmter Schwellenwerteabhängig zu machen, heißt es im Gesetzesentwurf nur vage „kommen insbesondere bei Überschreitung eines Schwellenwertes von [...] in Betracht“. Ob und unter welchen Voraussetzungen die Anordnung der jeweiligen Maßnahmen auch bei Unterschreitung des jeweiligen Schwellenwertes zulässig ist, bleibt unklar. Relativiert wird die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Inzidenzwerten überdies

durch§ 28 Abs. 2 S. 5 E-IfSG, der „entsprechende Maßnahmen“ erlaubt, „wenn eine Überschreitung des Schwellenwertes in absehbarer Zeit“ wahrscheinlich ist.

d) Übergriff in Vollzugskompetenzen der Länder in § 28 Abs. 2 S. 1, 6-8 E-IfSG

Gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG hat der Bund zwar die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für das Infektionsschutzrecht, allerdings gelten für den Vollzug die Art. 83, 84 GG. Gem. Art. 83 GG sind die Länder für die Ausführung des IfSG zuständig. Diese Vollzugskompetenzumfasst insbesondere auch das Recht zur Behördenorganisation nach Art. 84 Abs. 1 GG. Explizit verbietet Art. 84 Abs. 1 S. 7 GG dem Bundesgesetzgeber, den Gemeinden Aufgaben zu übertragen. Schon § 28a Abs. 2 S. 1 E-IfSG, wonach die Schutzmaßnahmen regional auf die Ebene der Landkreise, Bezirke oder kreisfreien Städte bezogen werden sollen, begegnet daher verfassungsrechtlichen Bedenken. Es ist alleinige Aufgabe der Länder zu entscheiden, auf welcher Ebene sie das IfSG in ihrem Hoheitsgebiet umsetzen wollen. Auch § 28a Abs. 2 S. 6 E-IfSG, wonach bei einer bundesweiten Überschreitung eines Schwellenwertes „bundesweit einheitliche schwerwiegende Maßnahmen“ anzustreben sind, widerspricht der Vollzugskompetenz und dem verfassungsrechtlichen Grundprinzip der Eigenstaatlichkeit der Länder. Interförderale Abstimmungen zum Vollzug von Bundesgesetzen mögen politisch wünschbar sein, können aber gesetzlich nicht eingefordert werden. Allenfalls kann der Bund sich nach Art. 84 Abs. 5 GG gesetzlich für besondere Fälle vorbehalten, Einzelweisungen an die Länder zu erteilen. Die Maßgabe in § 28a Abs. 2 S. 7 E-IfSG, wonach bei landesweiter Überschreitung eines Schwellenwertes „landesweit einheitliche schwerwiegende Maßnahmen“ anzustreben sind, lässt sich – bei wohlwollender Auslegung – noch als Regelung des Verwaltungsverfahrens begreifen. In diesem Fall sind die Länder jedoch nach Art. 84 Abs. 1 S. 2 GG befugt, abweichende Regelungen zu treffen. Zweifelhaft ist zudem die Kompetenz des Robert Koch-Instituts, nach § 28a Abs. 2 S. 8 E-IfSG verbindliche Feststellungen über die Überschreitung der Inzidenzwerte in den Gemeinden zu treffen, da die Länder für die Organisation des Meldewesens zuständig sind. Angesichts der möglichen Verzögerungen bei der Weitergabe der Meldedaten ist es über dies unter Effektivitätsgesichtspunkten nicht sinnvoll, das Robert Koch-Institut zur verbindlichen Feststellung der Inzidenzwerte in Landekreisen, Bezirken oder kreisfreien Städten zu ermächtigen.

e) Unverhältnismäßigkeit der Pauschalermächtigung in § 28a Abs. 3 E-IfSG

In § 28 Abs. 3 E-IfSG heißt es schließlich: „Notwendige Schutzmaßnahmen im Sinne des Absatz 1 und der §§ 28 Absatz 1 Satz 1 und 2, 29 bis 31 können, soweit und so lange es zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 erforderlich ist, einzeln oder kumulativ angeordnet werden. Weitere zur Bekämpfung des Coronavirus SARS-CoV-2 erforderliche Schutzmaßnahmen bleiben unberührt.“ Die Vorschrift ist letztlich eine Blankettermächtigung. Die Formulierung „soweit und solange es zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 erforderlich ist“ lässt die notwendige Grundrechtsabwägung vermissen und richtet die Verhältnismäßigkeitsprüfung allein am Infektionsgeschehen aus. Entscheidend ist jedoch bei der Anordnung schwerwiegender, kollektiv geltender grundrechtsbeschränkender Maßnahmen

nicht, ob nun auch die letzte Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 wirksam vermieden werden kann, sondern inwiefern durch das Infektionsgeschehen die Gefahr der Überlastung des Gesundheitssystems droht. Nur in solchen – über das allgemeine Erkrankungsrisiko hinausgehenden – besonderen infektionsschutzrechtlichen Gefahrenlagen für die Bevölkerung sind schwerwiegende, kollektiv geltende, kumulative Grundrechtsbeschränkungen verhältnismäßig.6 Schließlich ist kritikwürdig, dass in § 28a Abs. 3 E-IfSG keine verfahrensrechtlichen Einschränkungen wie etwa zwingende zeitliche Befristungen, Überprüfungs- und Begründungspflichtengeregelt sind.

[…]“

3. Materielle Verfassungswidrigkeit

a) Verfassungswidrigkeit durch Beruhen auf unbestimmtem Rechtsbegriff des § 5 Abs. 1 IfSG

Sämtliche sogenannten Corona-Verordnungen der Länder beruhen auf dem unbestimmten Rechtsbegriff des § 5 Abs. 1 IfSG. Allein dieser Umstand macht sie verfassungswidrig. Auf die obigen Ausführungen wird Bezug genommen (Teil C.III.2.a)).

b) Kein klar definiertes legitimes Ziel

Wie bereits ausgeführt, definieren weder das Infektionsschutzgesetz noch die angefochtenen Rechtsverordnungen der Länder Berlin und Brandenburg ein ausreichend bestimmtes Ziel, das mit den grundrechtseinschränkenden Maßnahmen verfolgt werden soll. Allein der Schutz der Bevölkerung vor Tod oder schwerer Krankheit ist hierfür nicht ausreichend bestimmt, zu vage. Soweit in § 28a Absatz 3 IfSG auf die Inzidenzwerte (35 oder 50 „Neuinfektionen“ pro 100.000 Einwohner pro Woche) abgestellt wird, handelt es sich um eine willkürliche Bestimmung eines Zwischenziels (auf dem Weg zu einem nicht ausreichend definierten eigentlichen Ziel), welches epidemiologisch einer wissenschaftlich tragfähigen Grundlage entbehrt. Jedenfalls ist der Gesetzgeber einer ausreichenden und wissenschaftlich belegten Erklärung hierzu schuldig geblieben.

Im Übrigen wird umfassend auf die obigen Ausführungen auch betreffend den Themenbereich Zielerreichung und Zielfortfall verwiesen (Teil C.III.2.b)).

c) Überschreitung der gesetzgeberischen Einschätzungsprärogative durch grundlegende Gefahrenfehleinschätzung

Da bereits kein exaktes gesetzgeberisches Ziel formuliert ist, lassen sich die Kategorien der Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit auch nicht sauber an diesem Ziel prüfen. Es wird hier jedoch zugunsten der Beschwerdegegnerinnen – den Ländern Berlin und Brandenburg – bei verständiger Würdigung

angenommen, dass – ganz allgemein – eine Eindämmung der Pandemie (bzw. lediglich bezogen auf Deutschland: der Epidemie) zum Schutze von Leben und Gesundheit der Menschen angestrebt wird. Dies zugrunde gelegt, erweisen sich die Regelungen in den gerügten Verordnungen auch unter Beachtung der gesetzgeberischen Einschätzungsprärogative jedenfalls zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht mehr als angemessen und sind damit unverhältnismäßig. Denn damals sind die Normgeber von einer grundlegend fehlerhaft höheren Gefahr durch das Virus ausgegangen. Die Größenordnung hierzu soll nochmals in Erinnerung gerufen werden. Nach neuester Erkenntnis bewegt sich die Fallsterblichkeitsrate weltweit bei lediglich **1/26 (!)** der ehemals angenommenen Sterblichkeit. Wir wissen aber auch, dass die deutsche Bevölkerung in Relation gesehen sehr gesund ist und wir ein überdurchschnittlich gutes Gesundheitssystem haben, und dass die Sterblichkeit in Deutschland bei weitem noch niedriger anzusiedeln ist! Zudem beruhen diese Sterblichkeitswerte auf einer Periode, in denen die Behandlung Möglichkeiten und die Vorsorgemöglichkeiten aufgrund des geringen Wissens um die Krankheit noch sehr begrenzt waren. Dies hat sich massiv geändert. Es ist daher bereits aus diesem Grund von einer nochmals niedrigeren Fallsterblichkeit auszugehen.

Im Übrigen wird umfassend auf die obigen Ausführungen betreffend das Infektionsschutzgesetz und den Bundesgesetzgeber Bezug genommen (Teil C.III.2.c)).

Auch die übrigen gesundheitlichen Folgen einer Infektion unterscheiden sich nicht wesentlich von denen einer Infektion mit dem Influenza-Virus. Sämtliche in den Zusammenhang mit dem Corona-Virus genannten Folgeschäden unterhalb des Todes sind auch aus den Infektionen mit dem Influenza-Virus und anderen Atemwegserkrankungen bekannt und treten auch nicht in besonderem Maße hier auf. Einzig die bekannt gewordene Gerinnungsstörung und dadurch verursachte Thrombosen und Embolien sind in dem vorhandenen Ausmaß neu. Da sie nunmehr aber bekannt sind und ihnen mit einfachen Medikamenten, nämlich mit blutverdünnenden Mitteln entgegengewirkt werden kann, stellt sich auch diese Komplikation als wenig problematisch dar. Zudem ist nunmehr bekannt, dass den überschießenden Immunreaktionen wirkungsvoll durch die Gabe von Cortison begegnet werden kann.

Beweis zu diesem Abschnitt: Sachverständigengutachten

d) Zur Unverhältnismäßigkeit der Maßnahmen: teilweise fehlende Geeignetheit, fehlende Erforderlichkeit und Angemessenheit

Im Einzelnen ist zur Verhältnismäßigkeit und den Kategorien der Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit noch weiter auszuführen:

Der verfassungsrechtliche Maßstab hinsichtlich eines Einschätzungsspielraums bei Prognosen (s.o.) soll in Erinnerung gerufen werden: Äußere oder vom Gesetzgeber zu vertretende Umstände wie Zeitnot oder unzureichende Beratung sind nicht geeignet, den Prognosespielraum zu erweitern (zum Vorstehenden vgl. BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002 – 2 BvF 1/01 –, BVerfGE 106, 62 – juris Rn. 348 ff.). Der Prognose müssen Sachverhaltsannahmen zu Grunde liegen, die sorgfältig ermittelt sind oder sich jedenfalls im Rahmen der gerichtlichen Prüfung bestätigen lassen. Die Prognose muss sich methodisch auf ein angemessenes Prognoseverfahren stützen lassen, und dieses muss konsequent verfolgt worden sein. Das Prognoseergebnis ist daraufhin zu kontrollieren, ob die die prognostische Einschätzung tragenden Gesichtspunkte mit hinreichender Deutlichkeit offengelegt worden sind oder ihre Offenlegung jedenfalls im Normenkontrollverfahren möglich ist und ob in die Prognose keine sachfremden Erwägungen eingeflossen sind (zum Vorstehenden in Bezug auf Art. 72 GG vgl. BVerfG, a.a.O., 350). Zudem gilt: Zwar haben der Gesetzgeber und auch die von ihm zum Verordnungserlass ermächtigte Exekutive wenn – wie hier – die Freiheits- und Schutzbedarfe der verschiedenen Grundrechtsträger in unterschiedliche Richtung weisen, nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts einen Spielraum für den Ausgleich dieser widerstreitenden Grundrechte und zudem wegen der im fachwissenschaftlichen Diskurs auftretenden Ungewissheiten und der damit unsicheren Entscheidungsgrundlage auch einen tatsächlichen Einschätzungsspielraum. Allerdings wird dieser Spielraum mit fortschreitender Zeit, unter anderem bei besonders schweren Grundrechtsbelastungen und der zunehmenden Möglichkeit der Erkenntnis geringer (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 13. Mai 2020 – 1 BvR 1021/20 – juris Rn. 10). Der Prognosespielraum ist jedenfalls dann überschritten, wenn sich aufgrund neuerer Erkenntnisse ergibt, dass der Gesetzgeber bei Normerlass offensichtlich von einer unrichtigen Beurteilungsgrundlage ausgegangen ist (vgl. z.B. BVerfG, Urteil vom 30. Juli 2019 – 2 BvR 1685/14 –, BVerfGE 151, 202-374, juris Rn. 252).

Darüber hinaus ist der allgemeine Grundsatz zu beachten, dass derjenige, der Rechte anderer einschränkt, auch die tatsächlichen Gründe hierfür darlegen und beweisen muss und daraus folgend auch belegen muss, dass die Maßnahmen geeignet, erforderlich und angemessen sind. **Es ist demnach nicht so, dass der Rechtsunterworfene und in seinen Grundrechten Eingeschränkte darlegen und beweisen muss, dass beispielsweise eine Gesichtsmaske keinen oder nur geringen Schutz vor Infektionen bietet. Vielmehr muss der Normgeber dartun und belegen, dass hiervon tatsächlich ein Schutz zu erwarten ist.** Nur soweit er noch keine ausreichende Möglichkeit hatte, dies hinreichend in Erfahrung zu bringen (unklare Tatsachenlage), steht ihm insoweit ein Beurteilungsspielraum zu, welcher **zunächst** auch den begründeten Verdacht einer Schutzwirkung als Grundlage von Freiheitseinschränkungen genügen lässt. Dieser Beurteilungsspielraum verringert sich indes mit fortschreitender Zeit und Möglichkeit der Erkenntnis. Vorliegend ist in Rechnung zu

stellen, dass ein derartiges pandemisches Szenario, wie wir es gegenwärtig erleben, bereits seit Jahrzehnten als möglich erscheint und – wie bereits ausgeführt – jedenfalls die Bundesregierung und der Bundestag im Jahr 2013 ein derartiges Szenario mit Dringlichkeit vor Augen geführt bekommen haben. Gerade auch weil das Robert Koch-Institut bei diesem Papier federführend war, bestand in diesen sieben Jahren (!) mehr als ausreichend Gelegenheit, Maßnahmen wie sie derzeit einschränkend verhangen werden, auf ihre Wirksamkeit und damit Eignung umfassend zu untersuchen. Dies ist versäumt worden. Wohl bis auf das Abstandsgebot basieren alle der verhängten und oben gerügten Maßnahmen lediglich auf Vermutungen, bestenfalls auf Plausibilitäten, aber nicht auf der erforderlichen medizinischen und epidemiologischen Evidenz. Diese hätte in den letzten Jahren, jedenfalls aber in den letzten neun Monaten erbracht werden können. Die Folgen aus diesem Versäumnis dürfen nun nicht die Rechtsunterworfenen treffen.

Für den konkreten Fall folgt hieraus unter anderem, dass die Länder Berlin und Brandenburg bezüglich jeder einzelnen Maßnahme ihre Wirksamkeit darlegen und belegen müssen und nur für den Fall, dass sie trotz des erheblichen Zeitablaufes von sieben Jahren, jedenfalls von neun Monaten, noch über keine ausreichend klare Tatsachengrundlage verfügen, sie sich insoweit eines Beurteilungsspielraums bedienen können. Dabei kommt ihnen zwar der Amtsaufklärungsgrundsatz zugute, der das Gericht verpflichtet; nach Ausschöpfung der Möglichkeiten tragen sie allerdings die auch im öffentlichen Recht geltende objektive Beweislast.

In der gegenwärtigen Pandemie wird daher beispielsweise konkret aufzuklären sein, ob und in welchem Umfang (Quantität) eine Mund-Nasen-Bedeckung sowohl bezogen auf den einzelnen Infektionsfall als auch (und vor allem) in Bezug auf das Infektionsgeschehen in der Gesamtbevölkerung in dem jeweiligen Bundesland und der Bundesrepublik Deutschland Wirkung entfaltet. Gleiches gilt für das Schließen von Freizeit- und Kultureinrichtungen wie Sportplätze unter freiem Himmel, Restaurants im Inneren oder mit Freisitzen, Bars, Theater und Museen usw.

Nur um die Unverhältnismäßigkeit der Maßnahmen zu verdeutlichen und der prozessualen Obliegenheit zum Vortrag zu genügen, soll daher weiter vorgetragen werden.

Nach den vorangestellten Maßstäben erweisen sich die Maßnahmen als unverhältnismäßig, was an einigen Beispielen verdeutlicht werden soll.

(1) In Teilen keine Geeignetheit

Die Maßnahmen in den sogenannten Corona-Verordnungen der Länder Berlin und Brandenburg sind in Teilen ungeeignet.

aa) So ist keinesfalls belegt, dass das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung für das angestrebte übergeordnete Ziel – der Schutz der Bevölkerung vor Infektionen mit dem Virus und daraus folgender Krankheit und gegebenenfalls Tod sowie vor einer Überlastung des Gesundheitssystems – geeignet ist. Angesichts des zeitlichen Ablaufes wäre es den Gesetzgebern und Verordnungsgebern jedenfalls nunmehr

möglich gewesen, evidenzbasierte medizinische und epidemiologische Belege hierfür vorzulegen. Sie können sich daher nicht mehr auf eine unklare Tatsachenlage berufen, welche die gesetzgeberische Einschätzungsprärogative deutlich erweitert. Streng genommen hätte bereits nach dem 3. Januar 2013 – dem Tag, als das Pandemieszenario „Modi-SARS" dem Bundestag vor Augen gehalten wurde – damit begonnen werden müssen, wirksame Eindämmungsmaßnahmen zu untersuchen. Dass hierbei mit als erstes auch an die Frage zu denken ist, ob, und wenn ja, in welchem Umfang das Tragen von Alltagsmasken wirkungsvoll ist, liegt auf der Hand. Schließlich nutzen seit Jahren bekanntermaßen viele asiatische Länder dieses Mittel.

Die Nützlichkeit von Alltagsmasken ist nicht nur nicht belegt. Vielmehr gibt es sogar gewichtige Anhaltspunkte dafür, dass ihr Gebrauch oder der Gebrauch von üblichen medizinischen Mund-Nasen-Bedeckungen (jedenfalls für den Träger) wirkungslos ist. So kommt eine dänische Studie mit 6.024 randomisiert ausgewählten Probanden zu dem Ergebnis, dass der passive Schutz von Masken statistisch gesehen nicht nachgewiesen werden konnte.[61]

Gegen die signifikante Wirksamkeit des Tragens von Alltagsmasken zur Vermeidung von Eigen- und Fremdinfektionen spricht im Übrigen auch der Umstand, dass das Infektionsgeschehen – legt man die positiven Testergebnisse und die ansteigenden Zahlen auf den Intensivstation zugrunde – nunmehr im Herbst 2020 bei massiven Einschränkungen inklusive des Tragens von Masken höher ist, als im Frühling 2020, wo das Tragen von Masken noch nicht durch Verordnungen verpflichtend eingeführt worden war. Auch haben die Großdemonstrationen in Berlin am 1. und am 29. August 2020 nicht zu einem merklichen Anstieg des Infektionsgeschehens geführt. Bei diesen Demonstrationen waren nach offiziellen Angaben mehrere zehntausend Teilnehmer den Auflagen, Masken zu tragen und den Mindestabstand einzuhalten, weit überwiegend nicht nachgekommen, weshalb die Demonstrationen aufgelöst wurden.

Fest steht hingegen, dass das Einhalten eines Sicherheitsabstandes nützlich ist. Bereits zu Beginn hat auch die Bundesregierung darauf hingewiesen, dass das Tragen eines Mundschutzes (wenn überhaupt) nur bedingt die Ausbreitung von Viren verhindern könne. Schließlich – dies ist belegt – sind Viren deutlich kleiner als die Poren der Maske und findet die Übertragung des Virus gerade durch Aerosole statt, die weit überwiegend auch an den Seiten der Maske entweichen. Eine Mund-Nasen-Bedeckung funktioniert ähnlich wie ein sogenanntes face-shield, nämlich durch Veränderung des Austretens des Luftstroms nach vorn und durch Umleitung zur Seite. Man atmet daher weitgehend durch die Lücken der Bedeckung. Die Menschen wurden daher zu Recht bereits von Anfang an darauf hingewiesen, dass sie sich in falscher Sicherheit wiegen könnten und allein durch das Tragen der Maske den Sicherheitsabstand unterschreiten, den sie andernfalls einhalten würden. Dies erlebe ich auch jeden Tag in der Praxis. Die Menschen mit Maske kommen einem sehr nahe, die

[61] Bundgaard et al., Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers, Annals of Internal Medicine; https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817 (zuletzt abgerufen am 10.12.2020).

ohne Maske halten Abstand. Auch derartige psychologische Effekte in der Gesamtbevölkerung dürfen nicht unberücksichtigt bleiben.

Es ist völlig unklar, was für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung betrachtet – und nur hierauf kommt es an – wirkungsvoller ist: das Gebot, Abstand zueinander zu halten oder das Gebot, Masken zu tragen oder beides gleichzeitig zu gebieten, nämlich Abstand zueinander zu halten und Masken zu tragen. Soweit bekannt, sind hierzu trotz des langen Zeitraumes von mittlerweile etwa neun Monaten bislang keinerlei Studien ergangen und die Gesetz- und Verordnungsgeber haben auch keine in Auftrag gegeben. Und dies ist keine Frage der Erforderlichkeit, sondern der Geeignetheit des Gebotes, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen. Dies ist ein Versäumnis der Normgeber. Ihre Einschätzungsprärogative kann diesbezüglich daher nicht länger zugestanden werden. Das Gebot, Masken zu tragen, erweist sich daher bereits aus diesem Grund als ungeeignet.

Geht man indes – mit dem Gesetzgeber – davon aus, dass das Tragen von Alltagsmasken zur Reduktion von Infektionen beiträgt, so stellt sich allerdings das Gebot <u>für alle,</u> Masken zu tragen, zur Erreichung des gesetzgeberischen Zieles (Vermeidung der Belastung des Gesundheitssystems und Bewahrung möglichst vieler Menschen vor dem Tod und schweren Folgeerkrankungen) als ungeeignet dar. Jedenfalls ist das gesetzgeberische Handeln dann widersprüchlich und aus diesem Grund rechtswidrig. Denn es ist bekannt, dass gerade Menschen unterhalb von 65 Jahren ohne wesentliche Vorerkrankungen eine Infektion unbeschadet überstehen, sie oft sogar nicht einmal bemerken. Komplikationen sind hier die absolute Ausnahme und statistisch zu vernachlässigen. Dann aber ist es gerade wünschenswert, wenn diese Gruppe eine Infektion erfährt und Immunität ausbildet, so dass eine Herdenimmunität entstehen kann, die wiederum die Risikogruppen schützt. Falls die Alltagsmasken doch signifikant wirkten, sollten diese Menschen aus epidemiologischen Gründen daher gerade keine Maske tragen. Jedenfalls sollten Sie nicht dazu verpflichtet werden.

bb) Ähnliches, wie zu Anfang des vorangegangenen Abschnitts ausgeführt, gilt für das Schließen von Freizeit- und Kultureinrichtungen wie Sportplätze, Restaurants, Bars, Theater, Museen etc. Maßstab ist die Gesundheit der Gesamtbevölkerung und die Verhinderung der Ausbreitung der Pandemie. Bedeutsam für das Immunsystem ist gerade auch die Erholung und Entspannung und sportliche Betätigung. Dies findet auf Sportplätzen und in der Freizeit in genannten Einrichtungen statt. Die Normgeber haben es versäumt, überhaupt diese Gesichtspunkte durch wissenschaftliche Studien zu erforschen. Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass die Bewältigung der Corona-Krise im übertragenen Sinne kein Sprint, sondern eher ein Marathon ist. Wichtig ist daher auch, die Bevölkerung auf lange Sicht physisch und psychisch fit zu halten.

cc) Ein wichtiger Gesichtspunkt wird bislang – soweit ersichtlich – in den Gesetztes- und Verordnungstexten und auch in der Debatte völlig ausgeblendet: In Bezug auf die Menschen, die eine Infektion bereits durchgemacht haben, sind sämtliche Maßnahmen ungeeignet. Denn sie können sich selbst nicht noch einmal infizieren und können das Virus auch nicht in relevantem Umfang weitergeben.

Beweis: Sachverständigengutachten

Wenn dies nicht so wäre, würde sich die ganze Diskussion um einen möglichen Impfstoff im Übrigen auch erledigen. Angestrebt wird ja, dass „die Pandemie vorbei ist" (und die Maßnahmen aufgehoben werden können), wenn ein Impfstoff gefunden ist, so die Kanzlerin. Kein Impfstoff aber ist in seiner Wirkung in Bezug auf die Herstellung einer Immunität besser, als eine durchgemachte Infektion. Soweit gegenwärtig noch nicht ganz geklärt ist, ob in seltenen Fällen eine erneute Infektion denkbar ist, wird diese Frage in der Kategorie Angemessenheit abermals thematisiert.

(2) Keine Erforderlichkeit

aa) Die aufgeführten Maßnahmen sind allesamt bereits deshalb nicht erforderlich, weil sie durch Gebote und Verbote zwangsweise durchgesetzt werden, die zudem bußgeldbewehrt und teilweise sogar strafbewehrt sind. Es gibt ein bedeutsames milderes Mittel in einer mündigen Gesellschaft: die Aufklärung der Menschen über die Risiken und die Bitte bzw. den Appell, sich an bestimmte Hygieneregeln zu halten. Dass dies funktioniert, zeigen zwei Beispiele.

aaa) Zum einen hat der **Appell an die Bevölkerung im März 2020** zu einer Zurückhaltung der Menschen in der sozialen Kontaktpflege geführt. Verboten waren damals nur Großveranstaltungen. Allein dies hat bewirkt, dass der sogenannte R-Wert unter 1 gesunken ist. **Zum Zeitpunkt des „Lockdowns" vom 23. März 2020 war der R-Wert bereits unter 1 gesunken**, wie auch das RKI und die Bundesregierung im Nachhinein kleinlaut einräumten. Zur Verdeutlichung hier die bekannte Grafik aus dem Epidemiologischem Bulletin 17/2020 des RKI vom 23. April 2020, S. 14:[62]

[62] https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf?__blob=publicationFile

(zuletzt abgerufen am 29.12.2020).

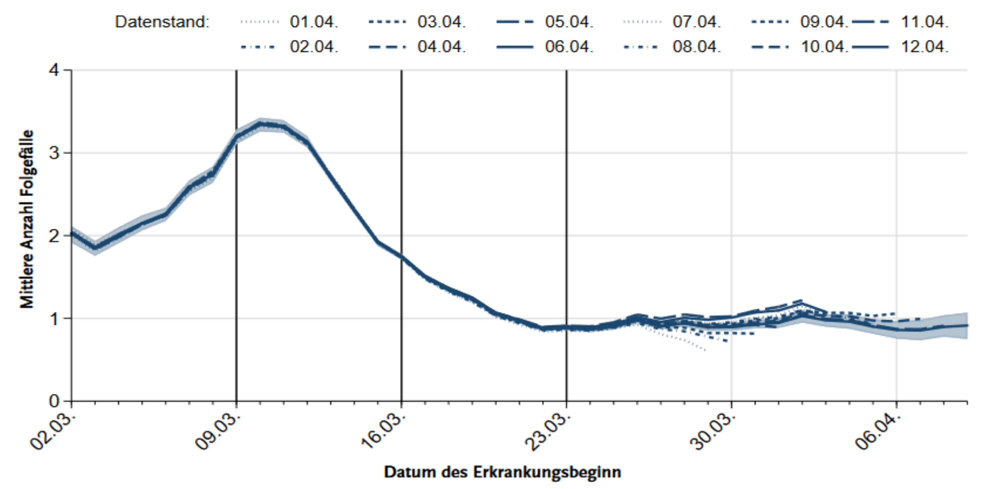


Abb. 5 | Vergleich der Schätzung der effektiven Reproduktionszahl R für eine angenommene Generationszeit von 4 Tagen zu unterschiedlichen Datenständen. Die schwarz hervorgehobenen vertikalen Linien kennzeichnen den Start der in Tab. 1 (S. 15) genannten Maßnahmen am 9. März, 16. März und 23. März 2020.

Es bestand demnach keine Notwendigkeit zu derart harten Maßnahmen. Selbst Gesundheitsminister Spahn räumte im September 2020 ein: „Nach heutigem Wissensstand würde man keinen Friseursalon oder Einzelhandel mehr schließen müssen. Der Lockdown im März hätte demnach rückblickend betrachtet nicht so drastisch ausfallen müssen.“[63] Damit ist nicht gesagt, dass die damalige Anordnung ex ante betrachtet falsch war. Denn im März 2020 war die Sachlage noch unsicher und es musste schnell gehandelt werden. Ex post stellt sich das Handeln indes als unnötig dar, was bei einer neuen Bewertung zu berücksichtigen ist.

bbb) Zum anderen zeigt dies das **Beispiel Schweden**. Hier wird nahezu ausnahmslos mit Aufklärung und Appellen an die Bevölkerung gearbeitet, was sehr gut funktioniert. Die meisten medialen Berichte über das „schwedische Modell“ sind bei Lichte betrachtet und wohlwollend formuliert „befremdlich“, da sie weit an der Realität vorbeigehen. Eine der wenigen sachlichen, nüchternen und aus meiner Sicht treffenden Reportagen hat Arte am 10. November 2020 gesendet, welche sich noch bis Februar 2021 in der Mediathek findet („Corona: Sicherheit kontra Freiheit, Deutsche, Franzosen und Schweden in der Krise“ – sehr sehenswert).[64]

Zur grob verfälschenden Berichterstattung soll eine Analyse von Prof. Dr. Kreiß, Volkswirt, vom 14. Dezember 2020 zitiert werden:[65]

---

[63] https://www.zeit.de/politik/deutschland/2020-09/corona-beschraenkungen-jens-spahn-massnahmen-verbesserung?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[64] https://www.arte.tv/de/videos/098118-000-A/corona-sicherheit-kontra-freiheit/ (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[65] https://kenfm.de/corona-und-schweden-medienberichte-und-wirklichkeit-von-christian-kreiss-podcast/ (abgerufen am 29.12.2020).

„ […] Beginnen wir mit einem Blick in die jüngere deutsche Medienlandschaft. Auf spiegel.de trug am 4.12.2020 ein Artikel die Überschrift: *„Das schwedische Corona-Desaster“.* Darin stand u.a.: *„Die Regierung hat mittlerweile eingelenkt. »Der schwedische Sonderweg ist vorbei«, sagt Pieper, »und das Ergebnis steht auch fest: Er war ein Desaster.«“* In der Frankfurter Rundschau konnten wir am 26.11.2020 lesen: *„Corona-Sonderweg in Schweden gescheitert“.* ARD berichtete am 24.11.2020: *„Corona-Krise in Schweden – Zweifel am Sonderweg. Eine Fehleinschätzung und ihre Folgen“.* Im ZDF hieß es am 22.11.2020: *„Corona-Maßnahmen per Gesetz – Schwedens Sonderweg ist zu Ende. Schluss mit Empfehlungen, diesmal ist es Gesetz!“* Auf n-tv stand am 4.12.2020 *„Sterberate auf US-Niveau – Schweden macht's noch schlechter als Deutschland. (…) Ein Negativ-Beispiel ist Schweden (…) Chef-Epidemiologe verliert Überblick.“* Schließlich sei noch die FAZ vom 21.11.2020 und 3.12.2020 zitiert: *„Pandemie in Schweden: Von wegen Sonderweg“ und „Schwarze-Peter-Spiel: Wer trägt die Schuld an den vielen toten Schweden?“*

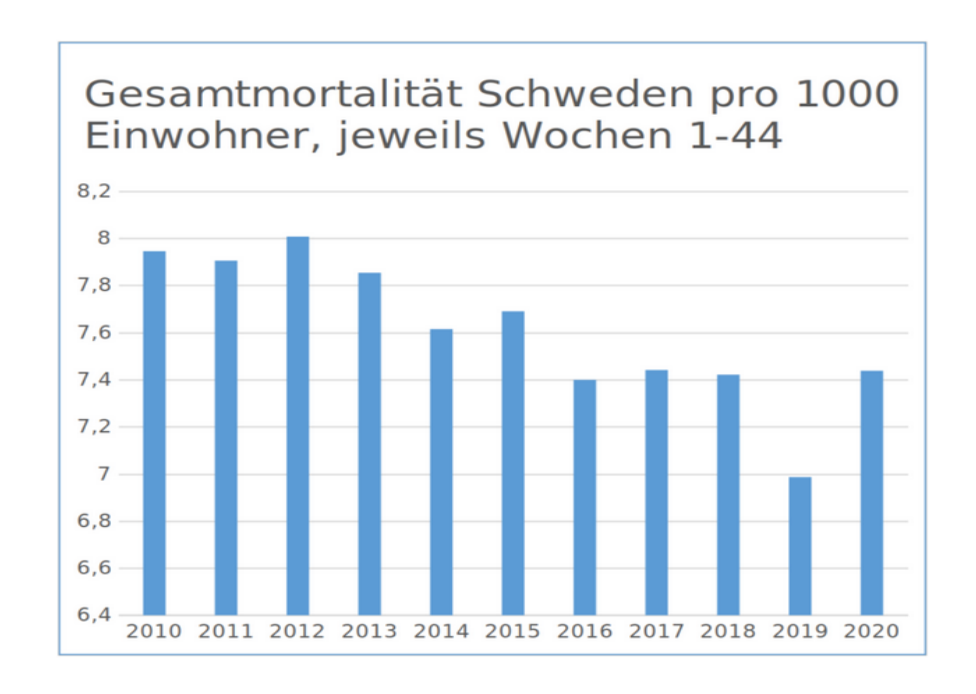
Gesamtmortalität in Schweden

Die folgende Tabelle zeigt die Gesamtmortalität in Schweden seit 2010 in den jeweils ersten 44 Wochen des Jahres, also jeweils bis etwa Anfang/Mitte November. Die Zahl der Verstorbenen wurde durch die Einwohnerzahl geteilt und dann mal tausend genommen. So erhält man die Gesamtmortalität pro tausend Einwohner. Die Zahl der Verstorbenen stammt von The Human Mortality Database, dessen Direktor am Max Planck Institut arbeitet und die die Zahlen vom statistischen Zentralamt Schwedens (SCB) verwenden.[1] Für die Bevölkerungszahlen wurde statista verwendet.[2]

Gesamtmortalität Schweden, jeweils Wochen 1-44 / Verstorbene pro tausend Einwohner / Rang (niedrigste Mortalität Rang 1)

2010	7,944374	10
2011	7,904536	9
2012	8,00659	11
2013	7,853161	8
2014	7,613949	6
2015	7,689374	7
2016	7,3988	2
2017	7,44031	5
2018	7,420626	3
2019	6,986447	1
2020	7,437203	4

[…]



Man sieht, dass Schweden innerhalb der letzten 11 Jahre 2020 die viertniedrigste Gesamtmortalität aufwies. Das heißt, in drei Jahren (2019, 2018 und 2016) hatte Schweden eine niedrigere Gesamtmortalität als 2020 und in sieben Jahren eine höhere Mortalität. 2020 ist also ein Jahr mit recht niedriger Sterblichkeit, jedenfalls besser als der Median der letzten 11 Jahre. Man kann deshalb bis Mitte November kaum von einer Sterbewelle in Schweden sprechen oder von einem verantwortungslosen epidemiologischen Umgang, der besonders vielen Menschen das Leben kostete, im Gegenteil. Von der Sterblichkeit her betrachtet ist 2020 eines der vier besten Jahre innerhalb der letzten 11 Jahre. Angesichts dieser Zahlen kann man schwerlich von einer Gesamt-Übersterblichkeit in Schweden in den ersten 44 Wochen 2020 sprechen.

Die starke Untersterblichkeit von 2019 und der zu erwartende rebound-Effekt in 2020

Dass es in Schweden in den ersten 44 Wochen 2020 keine Gesamt-Übersterblichkeit gab, ist umso bemerkenswerter, als es bis kurz vor Auftreten des Corona-Virus eine starke Untersterblichkeit in Form von zwei Tälern gab (siehe Schaubild unten). 2019 verzeichnete Schweden deshalb einen starken „Mortalitätsausreißer“ nach unten und wies die niedrigste Anzahl von Verstorbenen seit 1977 aus. Daher konnte man nach der dry tinder (trockener Zunder)-Hypothese mit einer deutlichen Übersterblichkeit 2020 rechnen. Insofern muss man berücksichtigen, dass das Land Anfang 2020 in einer verwundbareren Situation als viele andere Länder, insbesondere als seine Nachbarländer war, wo 2019 sehr viel mehr ältere Menschen den dortigen Grippewellen zum Opfer gefallen waren.3

Kurz: Für 2020 war nach der ungewöhnlich starken Untersterblichkeit 2019 mit einem deutlichen Ansteigen der Gesamtmortalität gegenüber dem Vorjahr zu rechnen. Insbesondere bei Auftreten eines besonders aggressiven Virus war zu erwarten, dass ihm in Schweden besonders viele besonders

verwundbare ältere und schwer vorerkrankte Menschen zum Opfer fallen würden. Genau dieser „rebound"-Effekt trat 2020 ein. Er führte dazu, dass in den ersten 44 Wochen 2020 der Gesamtmortalitätswert ziemlich exakt auf die Werte der drei Jahre vor 2019 zurücksprang (siehe Schaubild oben), aber erstaunlicherweise nicht darüber hinweg stieg. Es gab demnach also keine Gesamt-Übersterblichkeit.

[…]

Covid-Mortalität

Gehen wir nun weg von sämtlichen Verstorbenen und richten den Blick lediglich auf die Covid-Toten, vor allem auf den aktuellen Rand. An oder mit Corona starben in Schweden bis Ende November insgesamt etwas weniger als 10 Prozent aller Hingeschiedenen. Über 90 Prozent aller Toten starben also an anderen Ursachen. Das erklärt auch, warum in Schweden, obwohl die Covid-Sterblichkeit vergleichsweise hoch ist, die Gesamtsterblichkeit trotzdem nicht hoch sein muss und tatsächlich nicht überdurchschnittlich hoch ist. Laut statista.com gab es in Schweden im Oktober 147 Covid-Verstorbene, in Deutschland 989, im November in Schweden 1.118, in Deutschland 6.211.[4] Berücksichtigt man die Größe der Bevölkerung (Deutschland 2019 83,2 Millionen, Schweden 10,33 Millionen) heißt das, dass in Schweden im Oktober etwa 25 Prozent mehr Menschen pro 100.000 Einwohner und im November gut 50 Prozent mehr als in Deutschland an oder mit Corona gestorben sind.

Allerdings scheint sich in der letzten November-Woche (der letzte Zeitraum, für den verlässliche schwedische Zahlen vorliegen) eine Trendumkehr abzuzeichnen. Von 24. bis 30.11. sank die Zahl der an oder mit Corona Gestorbenen in Schweden um 22 Prozent.[5] In Deutschland stieg im selben Zeitraum jedoch der 7-Tages-Mittelwert der an oder mit Corona Gestorbenen um etwa 33 Prozent.[6] Auch die Zahl der neu eingelieferten Intensivpatienten in Schweden scheint seit Mitte/Ende November langsam zurückzugehen.[7] […]

Corona-Maßnahmen in Schweden

Zuletzt soll noch ein Blick darauf geworfen werden, welche Maßnahmen zur Pandemie-Eindämmung die Schweden eigentlich momentan, also Stand etwa Mitte Dezember ergreifen. Richten wir den Blick vor allem auf die Unterschiede zu Deutschland: Gesichtsmasken, also Mund-Nasen-Schutz-Masken gibt es in Schweden praktisch gar nicht. So gut wie alle Menschen laufen mit offenen Gesichtern statt mit Bankräuber-Masken herum.[9] Die Schulen (bis zur achten Klasse) waren das ganze Jahr hindurch geöffnet, die Schüler tragen keine Gesichtsmasken. Restaurants, Cafés, Hotels, Fitnessstudios und sonstige private Geschäfte sind geöffnet.[10]

Öffentliche Veranstaltungen sind seit Kurzem auf acht Menschen begrenzt, nach 22 Uhr gilt ein Alkoholverbot und von 7.12.2020 bis 8.1.2021 gibt es Homeschooling für Oberstufen-Schüler. Eine Maskenpflicht wird derzeit nicht einmal ernsthaft diskutiert und privat dürfen sich auch mehr als acht Schweden treffen. Kurz: Schweden setzt nach wie vor auf einen äußerst liberalen Kurs in der Pandemie-Bekämpfung, appelliert ganz überwiegend an die Vernunft der Bürger*innen statt eine Vielzahl von Verboten einzuführen. Erhebliche Einschränkungen in die Grundrechte gab es nie: Das Notfall-Pandemie-Gesetz, das im April verabschiedet worden war, lief Ende Juni aus, ohne jemals genutzt worden zu sein.[11] [...]

Ökonomische Entwicklung

Vergleicht man die ökonomische Entwicklung von Deutschland und Schweden, so zeigt sich, dass Schweden deutlich erfolgreicher ist. Die beiden Länder haben praktisch eine gleich hohe Außenhandelsquote bzw. Offenheitsgrad (foreign trade quota, Anteil der Summe von Exporten und Importen am Bruttoinlandsprodukt) von 84 Prozent, sind also beide etwa gleich stark in den internationalen Handel eingebunden.[12] Das deutsche Sozialprodukt ist in den ersten drei Quartalen 2020 um insgesamt 5,8 Prozent[13] gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen, das schwedische um 3,13 Prozent[14]. Der deutsche Wirtschaftsabschwung war also 1,85 Mal stärker als der schwedische, die deutsche Volkswirtschaft ist damit fast doppelt so stark abgestürzt wie die schwedische.

[...]

Quellen:

[1] https://www.mortality.org/Public/STMF/Outputs/stmf.xlsx, abgerufen 3.12.

[2] https://de.statista.com/statistik/daten/studie/19316/umfrage/gesamtbevoelkerung-von-schweden/#professional Stand 5.12.2020. Tabelle: eigene Berechnungen

[3] https://www.aier.org/article/swedens-high-covid-death-rates-among-the-nordics-dry-tinder-and-other-important-factors/ paper vom 29.8.2020: „Sweden was loaded with "dry tinder" when the coronavirus arrived."

[4] https://www.statista.com/statistics/1105216/coronavirus-covid-19-illness-and-death-cases-germany/, https://www.statista.com/statistics/1105753/cumulative-coronavirus-deaths-in-sweden/, abgerufen 12.12., eigene Berechnung

[5] https://www.svt.se/datajournalistik/the-spread-of-the-coronavirus/, abgerufen 13.12., eigene Berechnung

[6] https://www.worldometers.info/coronavirus/country/germany/, abgerufen 13.12., eigene Berechnung

[7] https://experience.arcgis.com/experience/09f821667ce64bf7be6f9f87457ed9aa, Nya intensivvårdade fall per dag, abgerufen 13.12.

[8] https://www.rubikon.news/artikel/das-corona-regime

[9] Spiegel.de 04.12.2020, https://www.spiegel.de/politik/ausland/corona-schweden-und-seine-radikale-strategie-erst-vorbild-dann-desaster-a-b86a5833-7c13-452b-bd2d-168dc2b80069

[10] Nachdenkseiten 7.12.2020: https://www.nachdenkseiten.de/?p=67735

[11] n-tv 4.12.2020: https://www.n-tv.de/panorama/Schweden-macht-s-noch-schlechter-als-Deutschland-article22214389.html

[12] https://www.laenderdaten.de/aussenwirtschaft/aussenhandelsquote.aspx oder https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_L%C3%A4nder_nach_Au%C3%9Fenhandelsquote

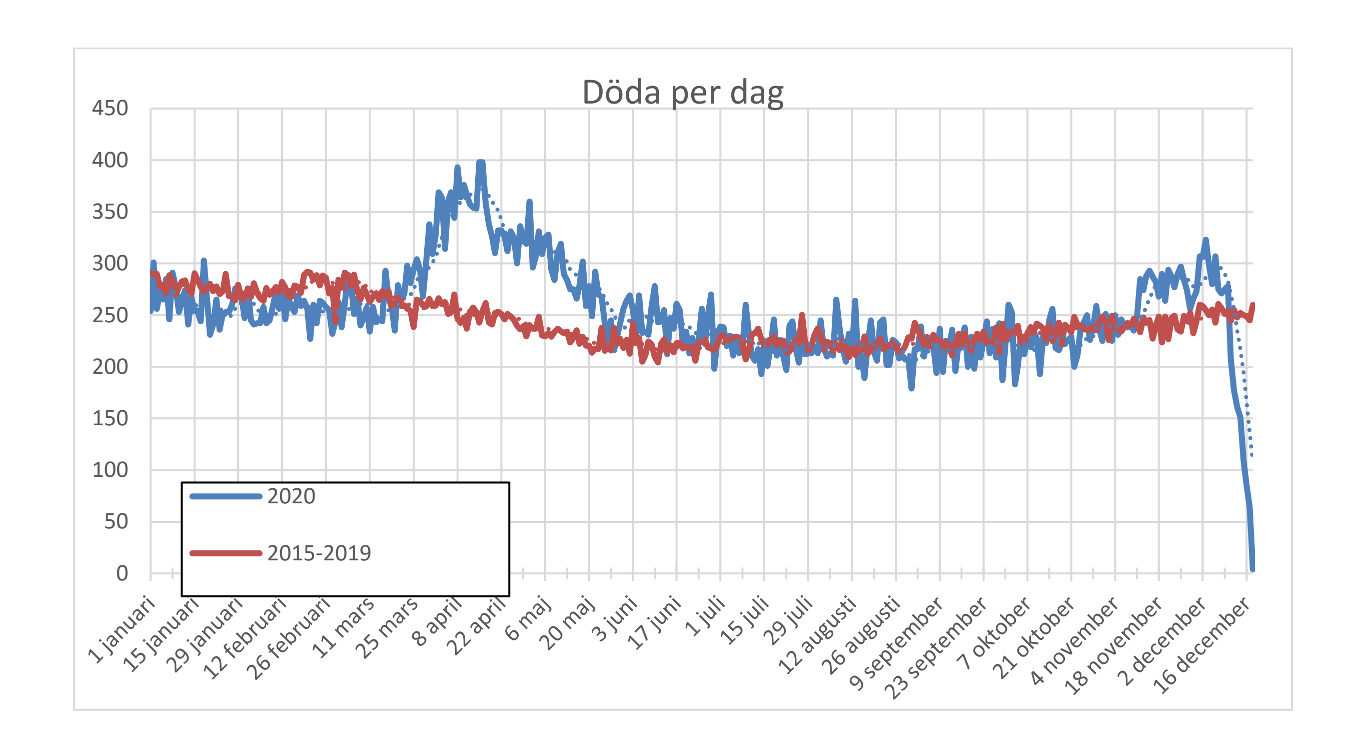
[13] https://tradingeconomics.com/germany/gdp-growth-annual, eigene Berechnung

[14] https://tradingeconomics.com/sweden/gdp-growth-annual, eigene Berechnung“

Diese verfälschende Berichterstattung dürfte wohl nur mit dem Versuch zu erklären sein, das schwedische Modell zu diskreditieren, um das (härtere) deutsche zu rechtfertigen. Schweden hat tatsächlich – wie viele andere Länder – einen Fehler gemacht und die alten Menschen und insbesondere die Menschen der Risikogruppen zu wenig geschützt. Dies hat sich in einer hohen Sterblichkeit in dieser Bevölkerungsgruppe niedergeschlagen. Aber selbst in der Gesamtbetrachtung muss man konstatieren, dass Schweden trotz der Freiwilligkeit der Maßnahmen zum Stichtag eine Sterblichkeit pro 100.000 Einwohner in der Größenordnung von Frankreich hat, obgleich Frankreich mit massivsten Beschränkungen der Freiheiten gearbeitet hat. Dabei ist erneut in Rechnung zu stellen, dass die Menschen bei der Bewältigung der Krise mitgenommen werden müssen und es sich hierbei um eine lange Zeit handelt. Die Bereitschaft zur Akzeptanz der Regeln steigt aber mit der Freiwilligkeit ihrer Befolgung und sinkt mit der Zeit und der zunehmenden Stärke des Zwangs.

Eine eigene Analyse der offiziellen Sterbezahlen von 2015 bis 2020 bestätigt den Befund von Prof. Dr. Kreiß. Die nachfolgende Grafik ist **„Statistics Sweden“** entnommen, der zuständigen Behörde für die offiziellen Statistiken. Diese Institution dürfte vergleichbar mit unserem Statistischen Bundesamt sein.[66] Es ist ersichtlich, dass die Sterbefälle von März bis Anfang Juli 2020 deutlich über dem Schnitt der vorangegangenen fünf Jahre (2015-2019) liegen. Danach fallen sie aber sogar teilweise dahinter zurück. Gegen Ende November 2020 steigen sie nochmals kurz an, sind zuletzt allerdings wieder gesunken, wobei das Sinken der letzten Tage in dieser Stärke auf die nur bis Mitte Dezember eingepflegten Zahlen zurückzuführen sein dürfte.

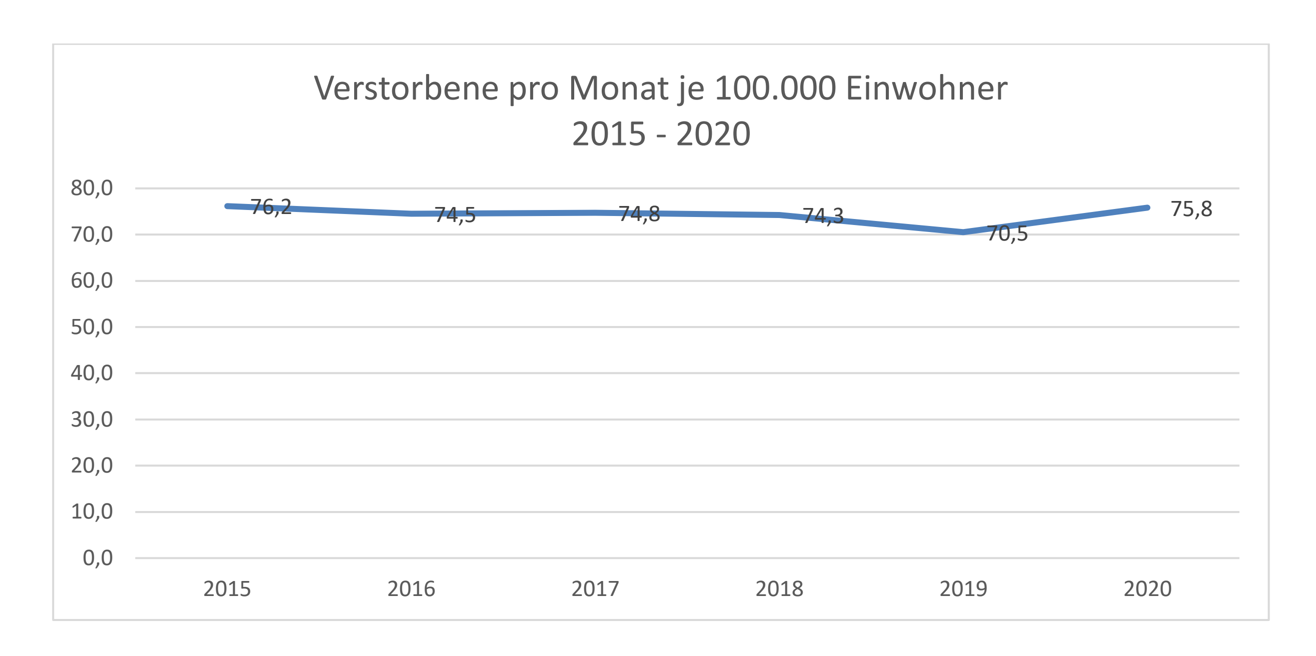
[66] https://scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/population/population-composition/population-statistics (zuletzt abgerufen am 27.12.2020).



Wertet man die veröffentlichte Excel-Tabelle mit den monatlichen Sterbezahlen pro 100.000 Einwohner der Jahre 2015 bis 2020 aus, ergibt sich folgendes Bild:[67]

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Januar	86,0	85,4	89,9	84,2	79,2	78,1
Februar	88,9	82,0	85,9	88,2	78,3	75,5
März	85,9	80,1	79,7	90,1	73,6	80,1
April	79,2	76,4	77,1	76,9	71,9	102,0
Mai	72,8	69,8	72,2	66,3	67,4	83,4
Juni	70,0	67,7	68,1	65,6	64,6	71,9
Juli	70,4	70,6	66,7	71,1	65,4	66,2
August	67,3	69,8	67,3	66,3	66,1	65,1
September	71,4	69,1	68,6	68,2	66,5	65,3
Oktober	71,3	72,8	72,7	70,5	70,7	67,8
November	74,6	75,7	74,1	69,5	72,1	78,6
Durchschnitt	**76,2**	**74,5**	**74,8**	**74,3**	**70,5**	**75,8**
Durchschnitt 2015-2019			**74,04**			**+ 2,4 %**
Vergleich 2015 vs. 2020						**- 0,5 %**

[67] Erfasst sind jeweils die Monate Januar bis November; zum Zeitpunkt der Erstellung lagen noch keine vollständigen Daten für Dezember 2020 vor.



Es wird deutlich, dass keine statistisch signifikante Übersterblichkeit vorliegt. Zwar ist gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2015 – 2019 ein Anstieg von 2,4 % zu verzeichnen. Allerdings ist die Sterblichkeit sogar noch um 0,5 % geringer als 2015. Damit bewegt sich die Sterblichkeit im Rahmen einer üblichen Schwankungsbreite. Angesichts des Abfalls gegenüber 2015 ist die jetzige geringe Zunahme auch mit Nachholeffekten infolge der außerordentlich geringen Sterblichkeit im Jahr 2019 zu erklären.

Durch die schwedische Strategie ist dort von einer größeren Quote an Menschen mit erworbener Immunität durch Infektion als in Deutschland auszugehen. Es ist daher nicht unwahrscheinlich, dass auf lange Sicht das schwedische Modell dem deutschen überlegen ist. Kombiniert man das Modell der Freiwilligkeit mit dem massiven Schutz von Risikogruppen, ist dies – entsprechend der Great Barrington Declaration, dazu sogleich – aller Voraussicht nach diejenige Lösung, die mittelfristig und langfristig den höchsten Schutz bei gleichzeitig geringsten Einschränkungen bietet.

> **Beweis zum Vorstehenden:** sachverständiges Gutachten des Anders Tegnell, Folkhälsomyndigheten (Public Health Agency of Sweden), SE-171 82 Solna, Schweden

bb) Gegenüber denjenigen Menschen, welche die Maßnahmen ablehnen und auch bereit sind, das Risiko einer Infektion auf sich zu nehmen, stellen sich die Maßnahmen ebenfalls als nicht erforderlich dar. Denn Sie können sich darauf berufen, ein für sie milderes Mittel wäre, die Risikogruppen und die Menschen, die nicht bereit sind, ein erhöhtes Infektionsrisiko auf sich zu nehmen, stärker zu schützen bzw. in die Pflicht zu nehmen. So ist es beispielsweise möglich, es schlicht jedem selbst zu überlassen, welches Maß an eigenem Schutz er für sich möchte. Er kann auf das Tragen einer Maske verzichten oder – gesetzt den Fall, das Tragen einer Maske ist wirkungsvoll – eine Maske, eine FFP1- Maske oder eine FFP2- Maske tragen. Er kann unter Menschen gehen und das Restaurant, das Kino, die Sporthalle, das Theater, die Ausstellung besuchen, oder

eben nicht. Er hat die Wahl, wie oft er dies machen möchte. Das Maß des eigenen Schutzes korreliert dann mit der eigenen Beschränkung seiner Freiheit. Dies ist auch gut begründbar, da die Menschen, die einen höheren Schutz begehren, auch stärker in die Pflicht genommen werden dürfen. Andernfalls – und so stellt es sich gegenwärtig dar – müssen die Menschen, die für sich bereit sind, eine Infektion hinzunehmen, am eigenen Leib ausschließlich für andere Freiheitseinschränkungen hinnehmen, obgleich diese sich selbst hinreichend schützen können. Diese Erwägungen lassen sich auch unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit führen, da sie fließend in diese Kategorie übergehen.

(3) Keine Angemessenheit

Die gerügten Maßnahmen sind sowohl jeweils einzeln als auch in ihrer Gesamtheit nicht mehr angemessen.

aa) Zum Verständnis bedarf es eines genaueren Blicks auf die mit den Eingriffen geschützten Rechtsgüter, bzw. – man muss es so formulieren – diejenigen Rechtsgüter, von denen der Gesetzgeber **glaubt**, sie zu schützen. Kurzfristig sollen das Leben und die körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 GG geschützt werden, indem man die Menschen vor Ansteckung, Krankheit und Tod durch das Virus bewahren möchte. Die oft zitierte und angeführte Vermeidung der Belastung des Gesundheitssystems ist ein verfassungsrechtlich nicht geschütztes Rechtsgut und als solches untauglich zur Rechtfertigung der Grundrechtseingriffe. Bei vernünftigem Verständnis sollen damit aber offenbar mittelbar die zuvor genannten Rechtsgüter geschützt werden.

Zum Schutz der beiden Rechtsgüter Leben und körperliche Unversehrtheit wurden (angestrebt kurzfristig) mittlerweile bereits etwa neun Monate lang folgende Grundrechte eingeschränkt: die allgemeine Handlungsfreiheit, das Recht auf informationelle Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 1 GG), die Glaubens- und Gewissensfreiheit (Art. 4 GG) durch Beschränkung von Gottesdiensten und religiösen Treffen, das Recht auf Ehe und Familie (Art. 6 GG), beispielsweise durch die Beschränkung von Kontaktmöglichkeiten, jetzt sogar zu Weihnachten, das Recht auf Bildung (Art. 7 GG) durch die Schließung von Schulen, die Versammlungsfreiheit (Art. 8 GG) durch die Beschränkung der Teilnehmerzahl von Menschen, durch das Abstandsgebot untereinander und durch das Gebot, Masken zu tragen, was naturgemäß die Artikulationsfähigkeit, die auf Demonstrationen essenziell ist, einschränkt (Sprechchöre usw.), die Freizügigkeit (Art. 11 GG), die Berufsfreiheit (Art. 12 GG) durch das Schließen von Betrieben, Gaststätten, Restaurants, Fitnessstudios, Bars, Museen, Ausstellungen, Konzerten, Veranstaltungen von Kleinkünstlern etc., teilweise vollständiges Berufsverbot für Prostituierte, die Eigentumsfreiheit (Art. 14 GG), weil bereits jetzt feststeht, dass durch die massive Erweiterung der Geldmenge in der Eurozone der bislang vorhandenen Geldmenge auf etwa 6 Billionen EUR, die vorhandenen Ersparnisse etwa um ein Fünftel entwertet werden, die Inflation erheblich steigen wird und es damit schleichend zu einer Enteignung kommt und zudem durch die Aufnahme von Schulden, welche später durch Steuern wieder von den Menschen bezahlt werden müssen; letztlich das Asylrecht (Art. 16a GG).

Die vorgenannten Eingriffe sind keineswegs lapidar, sondern für den Einzelnen oft sehr einschneidend oder gar existenzvernichtend und gesamtgesellschaftlich eine Katastrophe. Beispielsweise droht eine Masseninsolvenz, die gegenwärtig bereits stattfindet und nur durch die Aussetzung der Insolvenzantragspflicht überdeckt und nur verzögert und zudem gesunde Unternehmen „mitziehen" wird. In der Gesamtbevölkerung wird dies noch viel größere Auswirkungen haben. Viele kleinere Geschäfte und Unternehmen werden sterben. Wir werden nicht mehr die Vielfalt in den Innenstädten erleben, die wir vor Corona kannten; stattdessen erfahren gegenwärtig die großen Onlinehändler und Ketten massive Schübe. Die Einschränkungen werden demnach zu einer massiven Veränderung auch der Gesellschaft führen. Wir müssen uns daher die Frage stellen, in welcher Welt wollen wir leben?

bb) Die aufgeführten Rechtsgüter betreffen lediglich die Grundrechte ohne die körperliche Unversehrtheit und das Leben, die in einem bislang unbekannten Ausmaß eingeschränkt werden. Dabei ist mittel- und langfristig aber zu beachten, dass die massiven Einschränkungen auch zu („Kollateral-")Schäden in einem ungeheuren Ausmaß gerade auch an den Rechtsgütern der körperlichen Unversehrtheit und des Leben bereits gegenwärtig führen und weiter führen werden.

Der prominenteste Weckruf, der hierauf aufmerksam macht, ist die **Great Barrington Declaration vom 4. Oktober 2020** der Initiatoren Prof. Dr. Martin Kulldorff (Harvard), Prof. Dr. Sunetra Gupta (Oxford) und Prof. Dr. Jay Bhattacharya. Die Great Barrington Declaration wurde zum Stichtag 28. November 2020 von 12.385 Wissenschaftlern aus dem Bereich Medizin und öffentliche Gesundheit, 36.513 praktizierenden Ärzten und anderen in der Medizin arbeitenden Menschen sowie gut 661.000 im Übrigen besorgten Menschen unterzeichnet. Sie hat folgenden Inhalt:[68]

> „Als Epidemiologen für Infektionskrankheiten und Wissenschaftler im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens haben wir ernste Bedenken hinsichtlich der schädlichen Auswirkungen der vorherrschenden COVID-19-Maßnahmen auf die physische und psychische Gesundheit und empfehlen einen Ansatz, den wir gezielten Schutz (Focused Protection) nennen.
>
> Wir kommen politisch sowohl von links als auch von rechts und aus der ganzen Welt und haben unsere berufliche Laufbahn dem Schutz der Menschen gewidmet. Die derzeitige Lockdown-Politik hat kurz- und langfristig verheerende Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit. Zu den Ergebnissen, um nur einige zu nennen, gehören niedrigere Impfraten bei Kindern, schlechtere Verläufe bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, weniger Krebsvorsorgeuntersuchungen und eine Verschlechterung der psychischen Verfassung – was in den kommenden Jahren zu einer erhöhten Übersterblichkeit führen wird. Die Arbeiterklasse und die jüngeren Mitglieder der Gesellschaft

[68] https://gbdeclaration.org/die-great-barrington-declaration/ (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

werden dabei am schlimmsten betroffen sein. Schüler von der Schule fernzuhalten, ist eine schwerwiegende Ungerechtigkeit.

Die Beibehaltung dieser Maßnahmen bis ein Impfstoff zur Verfügung steht, wird irreparablen Schaden verursachen, wobei die Unterprivilegierten unverhältnismäßig stark betroffen sind.

Glücklicherweise wachsen unsere Erkenntnisse über das Virus. Wir wissen, dass die Gefahr durch COVID-19 zu sterben bei alten und gebrechlichen Menschen mehr als tausendmal höher ist als bei jungen Menschen. Tatsächlich ist COVID-19 für Kinder weniger gefährlich als viele andere Leiden, einschließlich der Influenza.

In dem Maße, wie sich die Immunität in der Bevölkerung aufbaut, sinkt das Infektionsrisiko für alle – auch für die gefährdeten Personengruppen. Wir wissen, dass alle Populationen schließlich eine Herdenimmunität erreichen – d.h. den Punkt, an dem die Rate der Neuinfektionen stabil ist. Dies kann durch einen Impfstoff unterstützt werden, ist aber nicht davon abhängig. Unser Ziel sollte daher sein, die Mortalität und den sozialen Schaden zu minimieren, bis wir eine Herdenimmunität erreichen.

Der einfühlsamste Ansatz, bei dem Risiko und Nutzen des Erreichens einer Herdenimmunität gegeneinander abgewogen werden, besteht darin, denjenigen, die ein minimales Sterberisiko haben, ein normales Leben zu ermöglichen, damit sie durch natürliche Infektion eine Immunität gegen das Virus aufbauen können, während diejenigen, die am stärksten gefährdet sind, besser geschützt werden. Wir nennen dies gezielten Schutz (Focused Protection).

Die zentrale Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens in Bezug auf COVID-19 sollte die Verabschiedung von Maßnahmen zum Schutz von gefährdeten Personengruppen sein. Zum Beispiel sollten Pflegeheime Personal mit erworbener Immunität einsetzen und häufige PCR-Tests bei anderen Mitarbeitern und allen Besuchern durchführen. Der Personalwechsel sollte minimiert werden. Menschen im Ruhestand, die zu Hause wohnen, sollten sich Lebensmittel und andere wichtige Dinge nach Hause liefern lassen. Wenn möglich, sollten sie Familienmitglieder eher draußen als drinnen treffen. Eine umfassende und detaillierte Reihe an Maßnahmen, darunter auch Maßnahmen für Mehrgenerationenhaushalte, kann umgesetzt werden und liegt im Rahmen der Möglichkeiten und Fähigkeiten des öffentlichen Gesundheitswesens.

Diejenigen, die nicht schutzbedürftig sind, sollten sofort wieder ein normales Leben führen dürfen. Einfache Hygienemaßnahmen wie Händewaschen und der Aufenthalt zu Hause im Krankheitsfall sollten von allen praktiziert werden, um den Schwellenwert für die Herdenimmunität zu senken. Schulen und Universitäten sollten für den Präsenzunterricht geöffnet sein. Außerschulische Aktivitäten, wie z. B. Sport, sollten wieder aufgenommen werden. Junge Erwachsene mit geringem Risiko sollten normal und nicht von zu Hause aus arbeiten. Restaurants und andere Geschäfte sollten öffnen können. Kunst, Musik, Sport und andere kulturelle Aktivitäten sollten wieder aufgenommen

werden. Menschen, die stärker gefährdet sind, können teilnehmen, wenn sie dies wünschen, während die Gesellschaft als Ganzes den Schutz genießt, der den Schwachen durch diejenigen gewährt wird, die Herdenimmunität aufgebaut haben.“

Diese und andere Kollateralschäden werden zunehmend bekannter, allerdings werden sie – soweit ersichtlich – kaum oder gar nicht in die Grundrechtsabwägung des Bundes und Landesverordnungsgeber eingestellt. Insbesondere finden sich hierzu keine ernstzunehmenden Erwägungen in den Begründungen der Coronaverordnungen.

Nur exemplarisch sollen einige Beispiele angeführt werden:

– Beim Weißen Ring haben sich in den ersten zehn Monaten des Corona-Jahrs 2020 gut zehn Prozent mehr Opfer von häuslicher Gewalt, Sexualdelikten und Körperverletzung gemeldet als im Vorjahreszeitraum.[69]

– Dies deckt sich mit der rasanten Zunahme von Anrufen in der Größenordnung von etwa 50 % (!) beim „Hilfetelefon Sexueller Missbrauch“ des Vereins N.I.N.A., wie das RedaktionsNetzwerk Deutschland am 2.11.2020 berichtet:[70] „[…] Alleine die Straftaten von sexuellem Missbrauch von Kindern beliefen sich nach Angaben des Bundeskriminalamts im vergangenen Jahr auf mehr als 13.600. Knapp 11.900 Fälle konnten aufgeklärt werden. Aktuellere Zahlen, insbesondere mit Blick auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie, liegen derzeit noch nicht vor, teilte die Behörde dem RedaktionsNetzwerk Deutschland mit. Die vermehrten Anfragen und Fälle in den Kinderschutzambulanzen decken sich mit den Anrufzahlen des „Hilfetelefons Sexueller Missbrauch“ des Vereins N.I.N.A. Auch dort sind zwischen März und Oktober verstärkt Anrufe eingegangen. Der Verein zählte mehr als 3600 geführte Gespräche und knapp 5700 Anrufversuche. Im gleichen Zeitraum waren es im Vorjahr noch rund 2500 Gespräche und 3700 Anrufversuche gewesen.“

– Die Medizinische Hochschule Hannover vermeldet:[71] „Mehr häusliche Gewalt, Stress und Angst: Studie des MHH-Zentrums für Seelische Gesundheit legt erste Ergebnisse vor. Angst, Schlaflosigkeit, Depression und Konflikte innerhalb der Familien: Seit dem Auftreten der Corona-Pandemie in China gab es bereits erste Hinweise zu den psychosozialen Auswirkungen der Pandemie. Das können

[69] https://www.focus.de/familie/eltern/hilfsorganisation-weisser-ring-zunehmende-gereiztheit-durch-lockdown-deutlich-mehr-opfer-haeuslicher-gewalt_id_12811558.html (abgerufen am 30.12.2020).

[70] https://www.rnd.de/familie/kindesmissbrauch-im-corona-lockdown-nimmt-die-gewalt-zu-OURA5IHRONF2BECTTB2BXD7WYU.html (abgerufen am 29.12.2020).

[71] https://www.mhh.de/kliniken-und-spezialzentren/klinik-fuer-psychiatrie-sozialpsychiatrie-und-psychotherapie/blog/buehne-ankuendigungen (abgerufen am 29.12.2020).

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Zentrums für Seelische Gesundheit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) jetzt mit einer ersten Auswertung einer am 1. April gestarteten Umfrage belegen. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sehen Belege für eine deutliche mentale Belastung mit einem Anstieg von Stress, Angst, depressiven Symptomen, Schlafproblemen, Reizbarkeit und Aggression. Sorge bereitet insbesondere, dass 5 Prozent der Teilnehmenden angaben, häusliche Gewalt in den vergangenen vier Wochen erfahren zu haben. Diese kann verbaler, körperlicher oder sexueller Natur sein. Zudem gaben die Teilnehmenden mehrheitlich an, dass die Gewalt zuletzt zugenommen habe. Die Erstauswertung bezieht sich auf den Zeitraum vom 1. bis zum 15. April 2020 und umfasst damit den Rahmen der schärfsten Lockdown-Maßnahmen in Deutschland. 3.545 Freiwillige nahmen an der Studie teil, das mittlere Alter lag bei 40 Jahren. Von den Befragten sind 83 Prozent Frauen und 15,2 Prozent Männer. Diese Umfrage ist eine der ersten und größten Umfragen zu seelischer Gesundheit in Deutschland. Die aktuelle Erhebung beinhaltet eine webbasierte systematische Erfassung des psychischen Befindens, des Stresserlebens, der Bewältigungsmechanismen und des Erlebens von unterschiedlichen Formen von Gewalt mithilfe von Selbstbeurteilungsskalen. Die Autorinnen und Autoren der Studie appellieren, dass die seelische Gesundheit der Bevölkerung während der akuten Pandemie und auch im Nachgang fortlaufend im Blick zu behalten ist und Hilfsangebote kontinuierlich vorzuhalten oder auszubauen sind. Besonders sorgfältig sollten dabei das Erleben von häuslicher Gewalt sowie deren Risikofaktoren wie Stress, Schlafprobleme und Reizbarkeit erhoben werden. „All diese Themen sind uns nicht unbekannt. Aber die Restriktionen während der Coronavirus-Pandemie und die damit assoziierte räumliche Enge in Familien können zu einem erheblichen Aufflammen dieser Probleme führen", erklärt Professor Dr. Tillmann Krüger, Leiter der Studie. Es werden zudem Langzeiteffekte durch die Corona-Pandemie auf die seelische Gesundheit erwartet. Deshalb erfolgt nun die zweite Welle der Erhebung […]"

– Ein Beispiel aus einer deutschen Notaufnahme, gerechnet sogar nur bis zur Kalenderwoche 22 des Jahres 2020:[72] „Um [zu den Kollateralschäden] verlässliche Aussagen liefern zu können, hat eine Arbeitsgruppe [um den Chefarzt der Zentralen Notaufnahme Dr. med. Stefan Kortüm] am Klinikum Hochrhein im südbadischen Waldshut in Zusammenarbeit mit der Integrierten Leitstelle Waldshut das Geschehen im Zeitraum 24.02. bis 31.05.2020 Kalenderwoche 9 bis 22) analysiert und legt jetzt die Ergebnisse vor: Im Untersuchungszeitraum war die Inanspruchnahme der medizinischen Notfallversorgung auch im Landkreis Waldshut deutlich rückläufig. In der Notaufnahme des Klinikums Hochrhein lag die Fallzahl 34,9 Prozent unter dem gleichen Zeitraum des Vorjahres, im Rettungsdienst gingen die Einsätze um 11,8 Prozent zurück. Der Rückgang begann bereits in der 9. Kalenderwoche, lange bevor in der Region überhaupt der erste COVID-19 Fall bestätigt wurde. Diese Entwicklung betraf

---

[72] https://www.theeuropean.de/original-quelle/toedliche-kollateralschaeden-der-corona-pandemie/ (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

in besonderem Ausmaß stationäre Notfallaufnahmen von Patienten mit chronischen Erkrankungen (Lungenerkrankungen, Herzschwäche, Tumorleiden), deren Zustand sich akut verschlechtert hatte oder die an Komplikationen litten. Hier lag der Rückgang der Fallzahlen im Untersuchungszeitraum bei durchschnittlich 50 Prozent, bei alleiniger Betrachtung des Monats April sogar bei 73,3 Prozent. Gleichzeitig war im April 2020 in dem Versorgungsbereich – berechnet nach der Methodik des statistischen Bundesamtes – eine Übersterblichkeit von insgesamt 37,4 Prozent nachweisbar, die nach Herausrechnen der an oder mit COVID-19 verstorbenen Menschen immer noch bei 16,8 Prozent lag und damit hoch signifikant war. Bei den Einsätzen des Rettungsdienstes zeigte sich entgegen dem insgesamt rückläufigen Trend eine signifikante Zunahme der Notfallversorgungen ohne anschließenden Transport in ein Krankenhaus („Transportverweigerung"; +11,7 Prozent) sowie eine auffallende Zunahme des Alarmierungsstichwortes „vermutlich Todesfeststellung" von +105 Prozent – also einer Verdopplung. Dieses Stichwort wird durch die Leitstelle vergeben, wenn bei Auffinden einer leblosen Person klare Hinweise auf eine längere Liegedauer oder das Vorliegen sichere Todeszeichen gegeben sind. Die Zunahme der der primären Todesfeststellungen im Rettungsdienst korrelierte signifikant mit dem Rückgang der stationären Notfallaufnahmen. Die im April 2020 festzustellende Übersterblichkeit in dem genannten Versorgungsbereich kann mithin nur zu etwa 55 Prozent auf Todesfälle an oder mit COVID-19 zurückgeführt werden. Auch wenn ein lückenloser Beweis einer Kausalität nicht möglich sein wird, sprechen die Ergebnisse dafür, dass es im Zusammenhang mit einer verminderten Inanspruchnahme notfallmedizinischer Strukturen zu einer sekundären pandemischen Mortalität („Collateral Damage Syndrom") mit einer quantifizierbaren Übersterblichkeit von mehr als 16 Prozent gegenüber dem Durchschnitt der Vorjahre gekommen ist. Hiervon betroffen waren in erster Linie Menschen mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen. Diese Entwicklung ist nicht allein durch das regionale Infektionsgeschehen von COVID-19 und der daraus resultierenden Angst in der Bevölkerung zu erklären. Vielmehr legen die Ergebnisse nahe, dass auch die erlassenen Kontaktbeschränkungen und die geforderte soziale Distanzierung zur Entwicklung des Kollateralschadens beigetragen haben. Insbesondere bei älteren Menschen mit chronischen Vorerkrankungen, die durch die getroffenen Maßnahmen besonders geschützt werden sollten, sind es gerade die Angehörigen als unterstützendes Netzwerk, die häufig eine Inanspruchnahme medizinischer Hilfe als Katalysatoren anstoßen. Soziale Distanzierung hat offenbar zu einer verstärkten Isolation und weniger Besuchen von Angehörigen gerade in der Gruppe der Risikopatienten geführt. Diese Annahme wird unter anderem durch die signifikante Zunahme der Einsätze mit primärer Todesfeststellung gestützt. Letztlich ist festzustellen, dass die gesamte öffentliche Kommunikation und Berichterstattung ausschließlich auf das Thema COVID-19 fokussiert war und noch immer ist. Andere bevölkerungsmedizinisch relevante Gesundheitsthemen sind in der ersten Phase der Pandemie völlig in den Hintergrund getreten, offenbar auch in der Wahrnehmung der Patienten und der Bevölkerung. Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung der Pandemie und für zukünftige vergleichbar Situationen ist empfiehlt der Leiter der Arbeitsgruppe, Dr. med. Stefan Kortüm, Chefarzt der Zentralen Notaufnahme am Klinikum Hochrhein, die Krisenkommunikation und die mediale

> Berichterstattung ausgewogener zu gestalten, um Menschen mit akuten gesundheitlichen Problemen nicht von der Inanspruchnahme der erforderlichen medizinischen Hilfe abzuhalten. Kontaktbeschränkungen sollten insbesondere im privaten Umfeld kritisch geprüft und auf das objektiv notwendige Minimum beschränkt werden.“

Umso erschreckender und unverständlicher ist es, dass sowohl die Bundesregierung als auch die Landesregierungen die mahnenden Stimmen **dieser** Experten offenbar in den Wind schlagen. Woran dies liegt, kann nur gemutmaßt werden; vielleicht daran, dass diejenigen Menschen, die kurzfristig an Corona erkranken oder gar versterben, für alle deutlich sichtbar sind. Diejenigen aber, die sich aufgrund von Arbeitslosigkeit oder von psychischen Erkrankungen das Leben nehmen, die vereinsamen und dadurch krank werden oder die beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen aus Furcht nicht wahrnehmen oder auf Grund eingeschränkter Kapazitäten keine Arzttermine bekommen, sind hingegen nicht derart sichtbar. Insbesondere kann die Kausalität einer Erkrankung nicht so gut belegt werden, was auch einen Vorwurf an die Regierung schwieriger macht. Dies alles sind diffuse Spätfolgen, die allerdings kommen werden und das mit massiver Wucht. Diese müssen einkalkuliert werden. Das ist bislang nicht, jedenfalls nicht in ausreichendem Maße erfolgt. Insbesondere mangelt es den Verordnungen an einer vorangegangenen Analyse hierzu und an einer detaillierten Begründung in den Gesetzesmaterialien.

Pointiert formuliert: Die Abwägung Leben gegen Leben hat nicht stattgefunden!

Bei alledem ist in Rechnung zu stellen, dass die Sterblichkeitsrate – ich wiederhole es – in der Größenordnung einer stärkeren Grippewelle liegt! Ich wiederhole auch: Niemand wäre in den Jahren seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland selbst bei der starken Grippewelle 2017/2018 auf die Idee gekommen, derart einschneidende Maßnahmen zu verhängen.

cc) Dieser Gedanke führt auch zu einer weiteren Erwägung: Fest steht, dass das Virus nicht gefährlicher als das Influenza-Virus ist. Seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland ist unser Gesundheitssystem bei einer Grippewelle noch nie an die Grenzen seiner Belastbarkeit gestoßen. Warum sollte es dieses Mal so sein? Fest steht aber auch, dass die Bundesregierung, die Landesregierungen, das Robert Koch-Institut und viele Medien eine erhebliche Panik verbreiten und die Gefährlichkeit überzeichnen. Dies wiederum führt zu übervorsichtigem Handeln insbesondere in den Pflegeheimen und bei den Hausärzten, die in nur noch geringerem Maße die Verantwortung für den Tod eines Menschen übernehmen wollen. Dies führt sogar so weit, dass in deutschen Kliniken und Intensivstationen sogar nicht behandlungsbedürftige Verdachtsfälle eingewiesen werden, die die Krankenhäuser weiter füllen. Dies wird im Übrigen massiv durch finanzielle

Fehlanreize bei den Krankenhäusern gefördert, da Covid-Patienten deutlich einträglicher als andere Patienten sind. Durch die verbreitete Hysterie und Panik – die niemals gute Ratgeber sind – gerät unser Gesundheitssystem in die Gefahr, nunmehr tatsächlich an die Grenzen seiner Belastbarkeit zu stoßen, was bedeutet, dass Menschen, die sonst hätten behandelt werden können, unbehandelt bleiben oder schlechter als möglich behandelt werden.

dd) Ein weiterer Gesichtspunkt muss in die Abwägung eingestellt werden: Mit der praktizierten alternierenden Lockdown-Politik („hammer and dance") wird angestrebt, den Zustand bis zur Verfügbarkeit einer Impfung zeitlich zu strecken. Es ist allerdings gegenwärtig völlig unklar, wie wirksam eine solche Impfung sein könnte und welche Nebenwirkungen drohen.

Beispielsweise hat sich die Wirksamkeit der Grippeschutzimpfung im Bereich zwischen 40 - 60% angesiedelt, in manchen Jahren ist sie sogar deutlich niedriger oder hat sich sogar als kontraproduktiv herausgestellt. Das RKI gibt die Wirksamkeit der Grippeschutzimpfung für die Gruppe von älteren Menschen – gerade die, die zur Risikogruppe beim Corona-Virus gehören – bei gerade einmal etwa 40 bis 60 Prozent an. Es gebe auch Jahre, in denen die Schutzwirkung noch geringer ausfalle.[73] 2019 veröffentlichte das European Centre for Disease Prevention and Control, eine Behörde der EU, eine Metaanalyse und kam zu einem ähnlichen Ergebnis wie die US-amerikanische CDC: Die Wirksamkeit der in den neun Saisons 2008/2009 bis 2016/2017 eingesetzten Impfstoffe für alle Altersgruppen gegen die jeweils zirkulierenden Viren lag nur zwischen etwa 30 und 60%.[74]

Für Deutschland veröffentlicht die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI)[75], ein Netzwerk aus mehreren hundert ärztlichen Praxen, Impfstoff-Anbietern und dem federführenden Robert Koch-Institut, seit Jahren einen „Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland". Laut Bericht für die Saison 2017/2018 lag die Wirksamkeit der Influenzaimpfung gegen den in der Saison 2013/2014 häufig zirkulierenden Subtypen A (H3N2) bei **minus 66% (!)** (-187 bis 17 %). Geimpfte waren also nicht etwa seltener, sondern deutlich häufiger mit diesem Virus infiziert und daran erkrankt, als Ungeimpfte.[76] Dies zeigt, dass eine solche Impfung auch „nach hinten losgehen kann".

---

[73] Sprecherin des Robert Koch-Instituts Marieke Degen: Grippewelle - Impfstoff wirkt nur bedingt, Tagesschau, online 16. Januar 2018 (Abruf 16. Juli 2019).

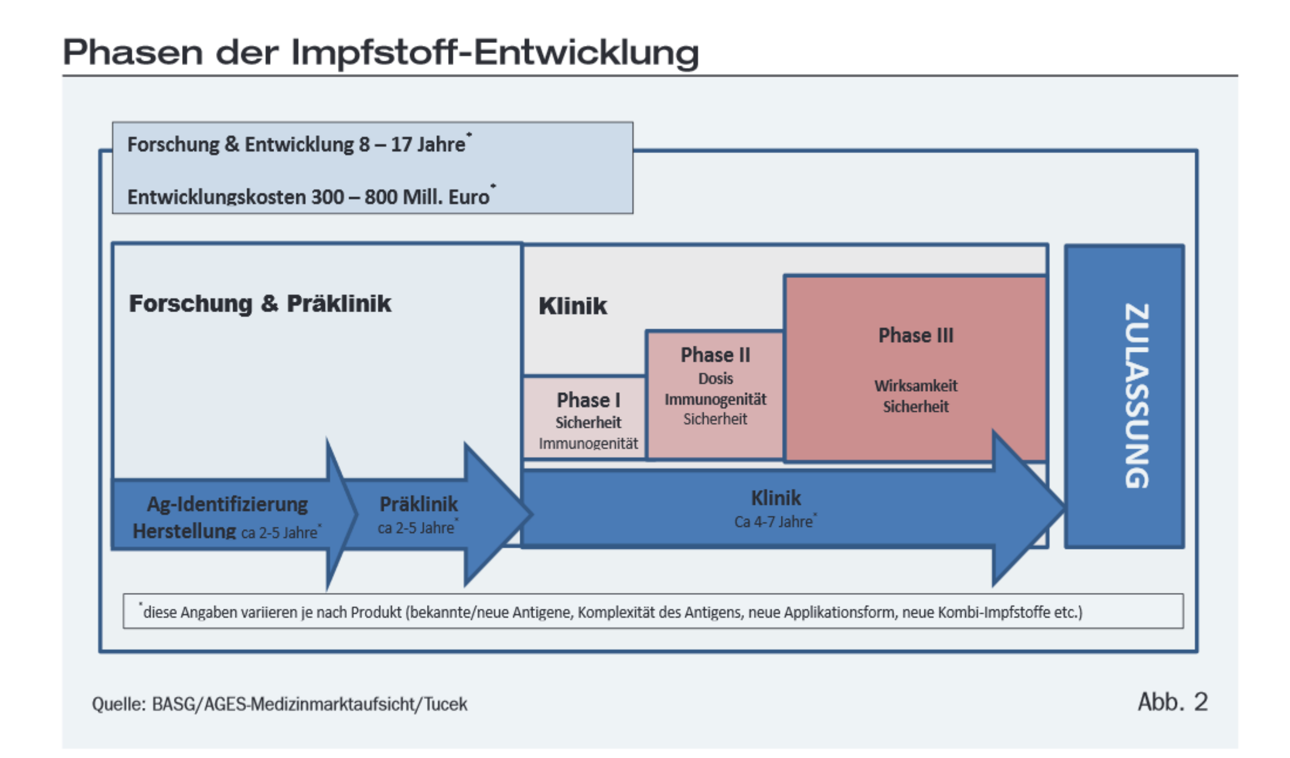
[74] https://de.wikipedia.org/wiki/Grippeimpfung#cite_note-ES_2019.24-7 (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[75] https://influenza.rki.de/ (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[76] https://de.wikipedia.org/wiki/Grippeimpfung#Wirksamkeit (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

Die gegenwärtig verkündeten teils astronomischen Zahlen betreffend die Wirksamkeit in den Tests zu einer Impfung stellen sich vor diesem Hintergrund als höchst fragwürdig dar und beruhen auf den naturgemäß von wirtschaftlichen Interessen getragenen Angaben der Pharmahersteller.

Zudem darf der Aspekt der Nebenwirkungen nicht außer Betracht gelassen werden. Die Impfungen werden in einer bislang ungekannten und gesundheitlich bedenklichen Geschwindigkeit entwickelt, getestet und zugelassen. Es hat einen Grund, dass ein Impfstoff unter gewöhnlichen Umständen von dem Beginn seiner Entwicklung bis zur Zulassung im Schnitt 8 bis 17 Jahre(!)[77] benötigt. Ein Impfstoff muss sorgfältig entwickelt werden, seine Wirksamkeit und seine Nebenwirkungen müssen auch längerfristig untersucht werden (Stichwort Langzeitfolgen) und es muss feststehen, dass die Vorteile die Nachteile deutlich überwiegen. Wenn dies nicht so bedeutsam wäre, wäre ein derart langer Zulassungsprozess in Zeiten außerhalb einer Krise auch nicht zu rechtfertigen. Fälle wie bei Contergan dürfen sich nicht wiederholen. Die folgende Grafik zeigt die Phasen der Impfstoffentwicklung mit den üblichen Zeiträumen:[78]



---

[77] https://www.quarks.de/gesundheit/medizin/so-lange-braucht-die-entwicklung-eines-coronavirus-impfstoffs/ (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[78] Wiedermann/Kistner/Tucek, Entwicklung von Impfstoffen, ÖÄZ vom 15.12.2017, S. 30, abrufbar unter https://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2017_Verlinkungen/State_Entwicklung_Impfstoffe.pdf (abgerufen am 29.12.2020).

Dieser Prozess wurde auf unter ein Jahr eingekürzt, was nicht einmal **ein Zwölftel** des obigen Durchschnitts (12,5 Jahre) der Zeit darstellt – und das bei einem völlig neuen und bislang noch nie zugelassenen Impfstofftyp, nämlich der mRNA-Impfung! Sicherlich kann man an manchen Stellen die Geschwindigkeit moderat erhöhen, ohne Abstriche bei der Sicherheit zu machen. Allerdings ist es ausgeschlossen, bei allen Phasen in einem derart hohen Ausmaß zu sparen, ohne ein großes Sicherheitsrisiko einzugehen. Die „Teleskopierung" des Entwicklungs- und Zulassungsverfahrens ist daher bei Lichte betrachtet nur ein euphemistischer Begriff, welcher das Risiko verschleiert – framing. Auch eine strengere Beobachtung in der Anfangszeit nach Einsatz des Impfstoffes kann die Verabreichung an den ersten zehntausenden, hunderttausenden oder Millionen von Menschen nicht rückgängig machen. Langzeitfolgen werden von dieser Beobachtung erst gar nicht erfasst.

Hinzu kommt, dass die Pharmahersteller in der Entwicklung beispielsweise der Influenzaimpfstoffe eine jahrzehntelange Erfahrung haben. Dies ist bei SARS-CoV-2 nicht der Fall. Vielmehr werden hier u.a. neuartige mRNA-Impfstofftypen ausprobiert, bei denen im Menschen eine Veränderung der DNA erfolgt, sodass der Körper eigenständig das Virus erkennen und Abwehrstoffe bilden soll. Es ist medizinisch höchst bedenklich, dass seit Jahren bislang erfolglos versucht wurde, derartige Impfstofftypen zu entwickeln, und nun im Schnelldurchlauf solche Impfstofftypen zugelassen werden sollen. Um dies noch einmal hervorzuheben: **Bislang wurde noch nie ein mRNA-Impfstoff zugelassen(!)**,[79] da seine Wirksamkeit und Unbedenklichkeit noch nicht hinreichend erforscht und in klinischen Studien belegt worden ist. Zudem besteht die erhebliche Gefahr, dass die Zulassungsbehörden wenig sorgfältig und mit gewisser Befangenheit die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit angesichts der Drucksituation prüfen werden. Schließlich soll alles schnell gehen, es besteht kaum Zeit für fundierte Prüfung, die Pharmahersteller werden wie gewohnt alles fast unterschriftsreif vorlegen und die Staaten, insbesondere Deutschland, haben bereits Milliarden für genau diese bislang nicht zugelassenen Impfstoffe gezahlt. Dass hier ein erheblicher Anreiz besteht, eventuelle berechtigte Bedenken beiseite zu wischen, liegt auf der Hand. Die Zulassung des mRNA-Impfstoffes BNT162b2 von Biontech/Pfizer erhärtet diesen Verdacht: Normalerweise dauert allein die behördliche Zulassung mit ihrer erforderlichen Prüfung etwa 1 Jahr (!).[80] Hier wurde alles **in drei Wochen** vollzogen (!). Die Europäische Kommission hat am 21.12.2020 um 18:30 Uhr eine Zulassung für diesen Impfstoff erteilt; mit der Zulassung ist die Europäische Kommission nach **dreieinhalb Stunden (!)** der Empfehlung des Ausschusses für Humanarzneimittel (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) bei der Europäischen Arzneimittelagentur

---

[79] https://de.wikipedia.org/wiki/RNA-Impfstoff#cite_note-2 (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[80] https://arztundkarriere.com/forschung/die-entwicklung-impfstoffen/ (abgerufen am 29.12.2020).

(European Medicines Agency, EMA) vom 21.12.2020 um 15:00 Uhr gefolgt.[81] Biontech/Pfizer hatten den Antrag am 30.11.2020 gestellt.[82]

Prof. Dr. Hockertz, früherer Direktor des Institutes für Experimentelle und Klinische Toxikologie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, hat mehrfach beim Paul-Ehrlich-Institut und bei Biontech um Mitteilung gebeten, ob und welche Daten im Rahmen der Präklinik, insbesondere der Toxikologie, gewonnen werden konnten. Eine Antwort blieb aus. Noch im Dezember 2020 hat ihm ein Senior Medical Director von Pfizer, welcher für die gesamte Klinik verantwortlich ist, mitgeteilt, dass solche Daten gegenwärtig noch nicht vorlägen („not available yet").

> **Beweis zu dieser Tatsache:** Zeugenaussage Prof. Dr. Hockertz, zu laden über tpi consult GmbH, Ölbergweg, 58, 79283 Bollschweil

Für den nicht unwahrscheinlichen Fall, dass auch nur bei einem von 1.000 Geimpften ernsthafte Komplikationen auftreten, wären allein auf Deutschland gerechnet von 83 Millionen Menschen 83.000 von den Komplikationen betroffen. Wir laufen Gefahr, den größten Impfversuch an Menschen in der Geschichte zu unternehmen. Die Risiken sind kaum abschätzbar.

> **Beweis zum Vorstehenden Abschnitt insgesamt:** Sachverständigengutachten Prof. Dr. Hockertz, zu laden wie vor

ee) Ein weiterer Gesichtspunkt ist zu beachten: Die einschränkenden Maßnahmen treffen auch diejenigen, die (wie auch ich) für sich selbst entschieden haben, das Risiko einer Infektion auf sich zu nehmen. Sie werden sogar dann davon erfasst, wenn sie weder infiziert sind noch im Verdacht stehen, sich infiziert zu haben. Sie treffen sie auch dann, und das ist in den allermeisten Fällen gegeben, wenn sie lediglich potenziell dafür in Betracht kommen, sich zukünftig(!) mit dem Virus zu infizieren und die Infektion weiterzugeben. Überschlägig ist dies in über 99 % der Personen und Tage der Epidemie der Fall, da sich gegenwärtig etwa nur gut 10 % der Bevölkerung mit dem Virus infiziert haben und eine Infektion etwa zwei Wochen dauert. Diese Inanspruchnahme sogenannter „Nichtstörer" ist im Polizeirecht und damit auch im Infektionsschutzrecht als besonderes Gefahrenabwehrrecht die absolute Ausnahme und das aus gutem Grund. Man läuft leicht Gefahr, den Menschen als Objekt zu behandeln, ihn zu reduzieren auf eine mögliche Übertragungseinheit, die für **andere(!)** gefährlich sein könnte. Damit aber wird die Menschenwürde gemäß Art. 1 GG zumindest tangiert,

---

[81] https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2020/201221-europaeische-kommission-erteilt-zulassung-covid-19-impfstoff-biontech-pfizer-eu.html (abgerufen am 29.12.2020).

[82] https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/12/01/biontech-pfizer-beantragen-zulassung-in-der-eu (abgerufen am 29.12.2020).

da der Mensch als Objekt behandelt wird. Dies aber geschieht tagtäglich mit etwa 65 Millionen Menschen in Deutschland, nämlich mit denjenigen, die nicht zu den Risikogruppen gehören.

ff) Ein massiver Verstoß gegen das Übermaßverbot ergibt sich bereits gegenwärtig gegenüber all denjenigen Menschen, die bereits eine Infektion mit SARS-CoV-2-Virus durchgemacht haben. Denn bei ihnen kommt eine erneute Infektion und eine Weitergabe des Virus an andere praktisch nicht in Betracht. Bei nachgewiesenen gut 40 Millionen Infizierten weltweit gab es zu Anfang November 2020 lediglich fünf bestätigte Fälle von Reinfektionen[83]. Dies ist eine Größenordnung, die epidemiologisch völlig unbeachtlich ist und keinesfalls Grundrechtseingriffe diesen Menschen gegenüber rechtfertigen kann. In der Konsequenz wäre diese Wertung auch zu übertragen auf diejenigen Menschen, die sich in Zukunft einer Impfung unterzogen haben werden. Allerdings wird man hier sorgfältig abwägen müssen, ob dies nicht eine Diskriminierung der Menschen darstellen würde, die sich aus guten Gründen – wie aufgezeigt – nicht impfen lassen wollen.

gg) Dieser Gedanke ist weiter zu führen: Denn in die negativen Folgen, alles auf „DIE“ Impfung zu setzen, ist auch einzustellen, dass diejenigen Menschen, die sich – auch aus den oben aufgezeigten guten Gründen oder aus religiöser Anschauung heraus – nicht impfen lassen wollen, in Zukunft der Gefahr ausgesetzt sein könnten, in geringerem Umfang am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können, als diejenigen, die sich haben impfen lassen. Diese Gefahr ist keineswegs fernliegend. Bereits bei Masern liegt (bei dieser Krankheit nachvollziehbarer) eine derartige Praxis in Kindergärten vor. Das Corona-Virus betreffend hat schon jetzt die Fluglinie Qantas angekündigt, nur noch Gäste mit nachgewiesener Impfung zu befördern, sobald ein Wirkstoff in der Masse verfügbar sei.[84] Es droht, dass dieses Sicherheitsdenken durch Private oder gar den Staat auf einen Großteil der Lebensbereiche ausgedehnt werden könnte und der Staat sich nicht dazu berufen sieht, diesem Handeln von Privaten Einhalt zu gebieten.

VIII. Verletzung der Menschenwürde durch die gesamten Maßnahmen auch in Verbindung mit der Informationspolitik des Bundes und des RKI

1. Nach Ausbruch der Pandemie ließ die Bundesregierung, darunter auch das Bundesinnenministerium, Strategien für die Kommunikation mit der Bevölkerung entwerfen, um die damals angenommene außergewöhnliche Gefährlichkeit des Virus den Menschen bewusst zu machen und das gewünschte Handeln

---

[83] https://www.fr.de/politik/virologe-hendrik-streeck-corona-deutschland-interview-fr-impfstoff-covid19-coronavirus-pandemie-neuinfektionen-90082318.html (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[84] https://www.welt.de/wirtschaft/article220882204/Qantas-Erste-grosse-Airline-verlangt-Corona-Impfung-von-Passagieren.html (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

bei den Menschen zu erzielen. Hierzu wurde im Frühjahr 2020 das Papier „Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen“ durch das Bundesinnenministerium erstellt, was offenbar durch dortige Mitarbeiter „geleakt“ wurde. In der Folge verbreitete es sich schnell im Internet. Offenbar deshalb wurde es sodann am 28. April 2020 auf der Homepage des BMI zum Download gestellt.[85] Auf Seite 13 lautet es wie folgt[86]:

> „**Um die gewünschte Schockwirkung** [bei der Bevölkerung] zu erzielen, müssen die konkreten Auswirkungen einer Durchseuchung auf die menschliche Gesellschaft verdeutlicht werden:
>
> > 1) Viele Schwerkranke werden von ihren Angehörigen ins Krankenhaus gebracht, aber abgewiesen, und sterben qualvoll um Luft ringend zu Hause. Das Ersticken oder nicht genug Luft kriegen ist für jeden Menschen eine Urangst. Die Situation, in der man nichts tun kann, um in Lebensgefahr schwebenden Angehörigen zu helfen, ebenfalls. Die Bilder aus Italien sind verstörend.
> >
> > 2) "Kinder werden kaum unter der Epidemie leiden": Falsch. Kinder werden sich leicht anstecken, selbst bei Ausgangsbeschränkungen, z.B. bei den Nachbarskindern. Wenn sie dann ihre Eltern anstecken, und einer davon qualvoll zu Hause stirbt und sie das Gefühl haben, Schuld daran zu sein, weil sie z.B. vergessen haben, sich nach dem Spielen die Hände zu waschen, ist es das Schrecklichste, was ein Kind je erleben kann.
> >
> > […]“

2. Die weitere Informationspolitik der Bundesregierung und der Landesregierungen des Jahres 2020 liegt auf dieser Linie. Sie überzeichnen die Gefährlichkeit des Virus und schüren Panik. Einer Berichterstattung in den Massenmedien, die diese Panik weiter fördert, wird nicht durch sachliche, vor allem richtige Information betreffend die mögliche Gefährlichkeit des Virus entgegengewirkt. Hierzu gehört auch, mitzuteilen, dass man sich in der anfänglichen Einschätzung getäuscht hat. Es ist nicht zu erklären, dass die oben genannte weltweit bislang umfassendste Studie zum Infektionsgeschehen und zur Fallsterblichkeit, die Professor Ioannidis am 14. Oktober 2020 vorgelegt hat und die auf der Homepage der WHO veröffentlich ist, nicht bekannt gemacht wird. Dies wäre eine positive Meldung gewesen für die mittlerweile geschundene und getroffene Bevölkerung. Stattdessen wird sie weiter in permanenter Angst gehalten, was psychische Erkrankungen begünstigt und das Immunsystem langfristig schwächt. Auch hätte die Einschätzung der WHO mitgeteilt werden müssen, in deren Folge nur noch von einer Sterblichkeit von 0,14 % auszugehen ist. Dies

[85] https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2020/corona/szenarienpapier-covid19.html (zuletzt abgerufen am 12.12.2020).

[86] Hervorhebung durch Verfasser.

kann der Bundesregierung auch nicht verborgen geblieben sein, weil an dieser Konferenz auch der Leiter des RKI, Lothar Wieler, teilgenommen hat. Dieser Vorwurf der unterlassenen Korrektur einer einmal vorgenommenen Fehleinschätzung und Gefahrenprognose, wie sie Angela Merkel in ihrer Rede an die Nation am 18. März 2020 unternommen hat, ist insbesondere Angela Merkel anzulasten. Wer eine Gefahrenquelle eröffnet, und dies ist eine Alarmierung der Bevölkerung sehr wohl, der muss sie in vergleichbarer Weise bei Änderung der Tatsachengrundlage auch wieder schließen. Demnach müsste sie eine Korrektur der Gefahrenlage ebenfalls an ähnlich prominenter Stelle und Zeit, wie im Kontext der Tagesschau auf der ARD vornehmen. Die in dem oben zitierten Papier des Bundesinnenministeriums „gewünschte Schockwirkung" hat sich eingestellt und die Bundesregierung und die Landesregierungen scheinen damit zufrieden zu sein. Mit nichts kann man eine Bevölkerung besser lenken, als mit Angst.

3. Ein Weiteres kommt hinzu: Alle Menschen, die für sich entscheiden, eine Infektion mit dem Virus hinzunehmen, werden gegen ihren Willen den genannten Zwangsmaßnahmen unterworfen. Damit sollen andere Menschen geschützt werden, die sich zumeist selbst hinreichend schützen könnten oder bei denen ein Strategiewechsel hin zum priorisierten Schutz der Risikogruppen zielführend wäre. Wenn allerdings etwa 65 Millionen Menschen in eine Art – bitte verzeihen Sie den Ausdruck, aber so fühlt es sich für mich an – „Geiselhaft" genommen werden, welche durch weniger einschneidende Maßnahmen vermeidbar ist, werden diese Menschen instrumentalisiert. Sie werden zum Objekt herabgewürdigt, weil es nicht mehr auf ihren eigenen Willen und sie als Mensch ankommt, sondern in ihnen nur noch eine Gefahr für das System und für andere Menschen gesehen wird. Jedenfalls in der Kumulation mit dem vorgenannten Umstand des Schürens von Panik ist daher gegenüber diesen Menschen, und dazu gehöre auch ich, von einer Verletzung der Menschenwürde auszugehen.

Angesichts der massiven Grundrechtseinschnitte, die so nicht erforderlich wären, bewegen sich die gegenwärtigen Regelungen auch nicht mehr im Rahmen der gesetzgeberischen Einschätzungsprärogative. Der Gesetzgeber ist verfassungsrechtlich gezwungen, einen Strategiewechsel vorzunehmen, beispielsweise hin zum priorisierten Schutz der Risikogruppen.

Teil E. Grundrechtsverletzungen durch die Konferenzen der Bundeskanzlerin mit den Ministerpräsidenten (sog. Bund-Länder-Konferenzen) und die in diesem Gremium gefassten Beschlüsse, zuletzt vom 13. Dezember 2020

Durch die Bund-Länder-Konferenzen der Bundeskanzlerin mit den Ministerpräsidenten der Bundesländer – zuletzt am 13. und 2. Dezember, 17. November und 28. Oktober 2020 – liegt durch das Handeln der genannten Akteure ein mehrfacher Verstoß gegen das Grundgesetz vor. So wird gegen das Bundesstaatsprinzip gemäß Art. 20 Abs. 1 GG, die Kompetenzverteilung bei der Gesetzgebung nach den Art. 70 bis 74 GG und die Regelungen zu den Gemeinschaftsaufgaben nach Art. 91a GG verstoßen. Im Einzelnen wird auf die obigen Ausführungen Bezug genommen (Teil D. VII.1.).

Dieser Verfassungsverstoß soll wegen seiner strukturellen Eigenständigkeit und seiner hohen Bedeutung hier nochmals benannt werden.

Teil F. Sachvortrag, Sachverhaltsaufklärung, Untersuchungsgrundsatz gemäß § 26 BVerfGG, Beweismittel und Bitte um gerichtliche Hinweise

Soweit im vorstehenden Text Ausführungen anderer zur Begründung der Verfassungsbeschwerde zitiert bzw. angeführt worden sind, mache ich mir diese Ausführungen umfassend zu Eigen.

Soweit in den vorangegangenen Ausführungen Beweismittel benannt wurden, handelt es sich um Anregungen, dass zu bestimmten Fragestellungen Beweis erhoben werden könnte.

Soweit das Gericht meinen Sachverhaltsausführungen nicht folgt, beantrage ich ausdrücklich die Beweisaufnahme. Ich bitte höflich darum, § 26 Abs. 1 Satz 1 BVerfGG zu beachten:

> *„Das Bundesverfassungsgericht erhebt den zur Erforschung der Wahrheit erforderlichen Beweis.“*

Soweit der Sachverständigenbeweis namentlich offengelassen ist, habe ich auch keine Anregung zur Person des/der Sachverständigen ausdrücklich formuliert, könnte dies aber anbieten. In allen anderen Fällen halte ich es dringend für angezeigt, die von mir benannten Sachverständigen (oder Zeugen) zu hören. Falls die ladungsfähige Anschrift mitgeteilt werden soll, bitte ich um gerichtlichen Hinweis.

Soweit ich zu meinen eigenen Lebensumständen vorgetragen habe, kommt hierfür das Zeugnis ### in Betracht. Bei Bedarf kann ich ### Namen nachreichen. Für diesen Fall wird um gerichtlichen Hinweis gebeten.

Auch im Übrigen wird aus Gründen der prozessualen Fairness und der Gewährung rechtlichen Gehörs darum gebeten, mich auf Übersehenes oder Neuerungen hinzuweisen, insbesondere wenn

- das Gericht davon ausgeht, dass ich der Substantiierung zu bestimmten Sachverhalten nicht hinreichend nachgekommen bin,
- weitere Beweisangebote als wünschenswert erachtet werden,
- eine Klageänderung im Sinne der Ausführungen unter Teil B.II.2.b) in Betracht kommen könnte oder
- die Verfassungsbeschwerde (auch nur in Teilen) für nichtannahmefähig, unzulässig oder unbegründet gehalten wird und eine – wenn auch nur geringe – Möglichkeit besteht, durch ergänzenden Vortrag dies zu beheben.

###

Unterschrift

<u>Anlagen</u>

1. DIVI-Tagesreporte vom 01.07.2020, 01.08.2020, 01.09.2020, 01.10.2020, 01.11.2020 und 13.12.2020

2. Borger et al., Corman-Drosten Review Report

3. INSTAND e.V., Kommentar zum Extra Ringversuch Gruppe 340 Virusgenom-Nachweis-SARS-CoV-2 vom 2.5.2020, aktualisiert am 3.6.2020

4. Ioannidis, Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data, 14.10.2020